Dr. Christa Todea-Gross



VACCINURILE: PREVENȚIE SAU BOALĂ?

O nouă patologie pediatrică







Absolventă a Universității de Medicină și Farmacie din Cluj-Napoca, secția Pediatrie, promoția 1989, Dr. Christa Todea-Gross s-a specializat în Medicină de Familie, fiind actualmente medic primar MF la Dispensarul studențesc (nr. IV) al Universității Tehnice din Cluj-Napoca. Din anul 2001 este coordonatorul Proiectului „Pentru Viață" din Cluj-Napoca, aflat sub patronajul Arhiepiscopiei Ortodoxe Române a Vadului, Feleacului și Clujului. Din anul 2004, este vicepreședintele Federației Organizațiilor Pro-Vita Ortodoxe din România, consacrându-și o mare parte din activitate apărării drepturilor copiilor născuți și nenăscuți. Este principalul co-autor al volumului „Îndrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România", Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, prima lucrare de acest gen din literatura pro-vita din România.

Vă aflați în fața unei cărți care aduce în literatura medicală românească cea mai mare provocare din ultima jumătate de secol.

Vaccinurile sunt bune sau rele?

- Au făcut mai mult bine sau mai mult rău?
- Au rezolvat într-adevăr marile epidemii sau este un mit lipsit de orice rigoare științifică?
- Fabricile care le produc și guvernele care le promovează sunt sincer îngrijorate de bolile popoarelor infectate cu miliardele de doze sau există un interes economic în promovarea lor?

Cartea autoarei Dr. Christa Todea-Gross încearcă să răspundă la aceste întrebări pentru toți – părinți, medici și studenți – cei care o citiți.

Literatura medicală și jurnalistica au dovedit în ultimii ani că industria de medicamente este una dintre cele mai profitabile afaceri în lume. Orice conștiință profesională trebuie să se întrebe dacă un tratament este sau nu prescris abuziv, numai pentru a se obține un profit, și dacă nu cumva reacțiile adverse depășesc beneficiile.

Idei contestatare asupra teoriei vaccinaliste au fost încă de la începutul folosirii vaccinurilor. Pe măsură ce au trecut anii, cercetătorii au acumulat date statistice și istorice importante, care îi ajută acum să judece și să precizeze mai bine fenomenul. Date importante despre inutilitatea vaccinurilor, reacțiile adverse și patologia pediatrică nou creată (boli noi induse) de vaccinuri veți găsi între copertele acestei cărți (ADHD, autism, leucemii, forme rare de cancer etc.).

Dr. Christa Todea-Gross este un model de medic care își iubește profesia și bolnavii. Desigur că își asumă la rândul său riscul de a fi contestată de cei care nu respectă axioma profesiei noastre: *primum non nocere.*

Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă



editura christiana

Dr. Christa Todea-Gross

VACCINURILE:
PREVENȚIE SAU BOALĂ

Coperta:
Larisa Barbu

Editura Christiana
Str. Theodor Sperantia 104,
bl. S26, ap. 66, sector 3, Bucureşti, cod 030939;
tel.: 021/3225798; e-mail: edituracristiana@yahoo.com;
www.edituracristiana.ro
Director literar:
Răzvan Codrescu
Consilier editorial:
Gabriela Moldoveanu

ISBN 978-973-1913-56-8

«S.O.S. MEDICAL»

DR. CHRISTA TODEA-GROSS

VACCINURILE:
PREVENȚIE SAU BOALĂ?
O nouă patologie pediatrică

Cu o prefață de
Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă



EDITURA CHRISTIANA
București – 2012

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
TODEA-GROSS, CHRISTA
Vaccinurile : prevenţie sau boală? : O nouă patologie pediatrică / dr. Christa Todea-Gross ; pref.: prof. univ. dr. Pavel Chirilă. - Bucureşti : Editura Christiana, 2012
Bibliogr.
ISBN 978-973-1913-56-8

I. Chirilă, Pavel (pref.)

615.371

Dedic această carte

Tuturor copiilor
care au suferit şi suferă
în urma vaccinurilor,
părinţilor care au trebuit
să trăiască până acum
cu incertitudini şi întrebări fără răspuns,
precum şi minunaţilor mei colegi
din Federaţia Organizaţiilor Ortodoxe
Pro-Vita din România.

Dr. Christa Todea-Gross

Cuvânt înainte

Dragă cititorule,

Eşti în faţa unei cărţi care aduce în literatura medicală românească cea mai mare provocare din ultima jumătate de secol.

Vaccinurile sunt bune sau rele?

- Au făcut mai mult bine sau mai mult rău?
- Au rezolvat într-adevăr marile epidemii sau este un mit lipsit de orice rigoare ştiinţifică?
- Fabricile care le produc şi guvernele care le promovează sunt sincer îngrijorate de bolile popoarelor infectate cu miliardele de doze sau există un interes economic în promovarea lor?

Cartea autoarei Dr. Christa Todea-Gross încearcă să răspundă la aceste întrebări pentru toţi – părinţi, medici şi studenţi – cei care o citiţi.

Literatura medicală şi jurnalistica au dovedit în ultimii ani că industria de medicamente este una dintre cele mai profitabile afaceri în lume. Orice conştiinţă profesională trebuie să se întrebe dacă un tratament este sau nu prescris abuziv, numai pentru a se obţine un profit, şi dacă nu cumva reacţiile adverse depăşesc beneficiile.

Idei contestatare asupra teoriei vaccinaliste au fost încă de la începutul folosirii vaccinurilor. Pe măsură ce au trecut anii cercetătorii au acumulat date statistice şi istorice importante, care îi ajută acum să judece şi să precizeze mai bine fenomenul. Iată doar câteva exemple:

- România este cea mai vaccinată ţară europeană contra tuberculozei şi are cea mai multă tuberculoză între ţările europene (în statistica anului 2004, de 10 ori mai multă tuberculoză decât media europeană); pe de altă parte, ţările nordice nu şi-au vaccinat niciodată populaţia contra tuberculozei şi astăzi se pot mândri cu o statistică 0 (zero) cazuri.
- Lansarea vaccinului "contra cancerului de col uterin" a fost o farsă ştiinţifică, juridică şi procedurală deoarece între *human papiloma virus* şi cancerul de col uterin nu există nici o legătură, aşa cum se vede din statistica următoare: peste 6 milioane de femei americane sunt infectate anual cu *human papiloma virus;* dintre ele doar 0,16 % au şi cancer de col uterin; pe de altă parte, din cele 3700 de femei americane care decedează anual de cancer de col uterin , 70% sunt infectate cu *human papiloma virus*; aceste cifre demonstrează cu tărie că nu *human papiloma virus* dă cancer, ci cancerul, o

dată apărut, se infectează foarte repede cu *human papiloma virus* din cauza vulnerabilităţii celulelor colului uterin.

- Toate analizele de sănătate publică menţionează că incidenţa maximă a cancerului de col uterin este între 35-55 ani); este cel puţin hazardat să susţii, după o urmărire de 2 ani, că vaccinul administrat fetelor de 9 ani previne cancerul la 55 ani!
- Fabricanţii nu au putut garanta la lansare că vaccinul lor nu are efecte oncogene, nici mutagene.

Date importante despre inutilitatea vaccinurilor, reacţiile adverse şi patologia pediatrică nou creată (boli noi induse) de vaccinuri veţi găsi între copertele acestei cărţi (ADHD, autism, leucemii, forme rare de cancer etc.).

Desigur, părinţii sunt liberi să-şi vaccineze sau nu copiii. Libertatea de a acţiona asupra propriei persoane este sacră şi este un dar al Creatorului. Ea este însă adeseori încălcată de oficialii Ministerului Sănătăţii şi Învăţământului, care dau dispoziţii contradictorii şi viclene: "Vaccinarea nu este obligatorie, dar cine nu se vaccinează trebuie să semneze pe propria răspundere"; „vaccinarea nu este obligatorie, dar directorii de şcoli nu au voie să primească copii nevaccinaţi şi, dacă încalcă această regulă, vor fi amendaţi", motivându-se că elevii nevaccinaţi ar fi un pericol contaminant pentru copiii vaccinaţi. În felul acesta ei recunosc singuri că vaccinarea nu este protectoare şi că degeaba au făcut-o!

În urmă cu câţiva ani, am intervenit în presă cu câteva texte lămuritoare asupra vaccinurilor. Un ziarist-medic m-a atacat vehement. Văzând că textul lui nu a avut nici un ecou şi nici o urmare, m-a reclamat la Colegiul Medicilor (din ziarist liber a devenit un ziarist delator). Colegiul Medicilor m-a chemat la Comitetul de Disciplină şi m-a judecat pentru un delict de opinie, contrar tuturor statutelor şi codurilor deontologice din ţările europene. Riscam retragerea dreptului de liberă practică…

Dr. Christa Todea-Gross este un model de medic care îşi iubeşte profesia şi bolnavii. Desigur că îşi asumă la rândul său riscul de a fi contestată de cei care nu respectă axioma profesiei noastre: *primum non nocere.*

Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă

Introducere

***De peste 100 de ani, numeroase studii medicale şi experienţa practică demonstrează că vaccinurile din copilărie reprezintă un atac grav asupra imunităţii imature a copilului, provocând numeroase boli cronice grave, nevindecabile, urmate uneori de deces*.**

Ne confruntăm la ora actuală cu o adevărată avalanşă de boli cronice grave la copii, dar mai ales cu *o patologie pediatrică nouă*, apărută în urma vaccinării în masă din ultimii ani, şi la care medicina "modernă" asistă neputincioasă şi, deseori, dureros de indiferentă. Avem sindroame noi şi boli noi, pentru care nu există tratament. Despre etiologia lor se spune doar că este *necunoscută.* În felul acesta*,* medicina nu mai este obligată să dea niciun fel de explicaţii, ci, în cel mai bun caz, ipoteze, menite deseori "să ne ţină în ceaţă".

Manipularea părinţilor a fost necesară şi uşor de realizat. Bolile contagioase sau "bolile copilăriei" au devenit afecţiunile cele mai de temut şi trebuiau prevenite cu orice preţ. Nimeni nu le-a explicat părinţilor că banalele infecţii şi "bolile copilăriei" sunt necesare în viaţa unui copil, pentru a-şi dezvolta o imunitate naturală şi sănătoasă. Imunitatea naturală, câştigată după "bolile copilăriei", va fi asemenea unui scut protector, atât faţă de o reinfecţie, cât mai ales faţă de o serie de afecţiuni mult mai grave din viaţa copilului, şi apoi a adultului şi a vârstnicului (boli renale grave, infecţii, alergii, tumori, cancer etc.). Cu toate acestea, medicina modernă încearcă să prevină de la început riscul mic, aproape inexistent, al acestor boli, prin intermediul vaccinurilor. Apariţia reacţiilor adverse necesită deseori medicamente: antiinflamatoare, antibiotice etc. În felul acesta, medicina intervine în mod brutal, de fiecare dată, în evoluţia sistemului imun al copilului, pe care o perturbă grav. În "încercarea" de a preveni bolile banale, acute şi contagioase la copii (vaccinarea a eşuat şi în acest caz, fiindcă nu sunt prevenite bolile copilăriei, ci doar amânate, până la o vârstă mai mare, când pot fi cu adevărat grave)*, s-a ajuns la distrugerea lentă, sistematică a sistemului lor imun, cu provocarea unei game variate de boli cronice, grave şi nevindecabile: encefalite, meningite, paralizii, boli autoimu-*

ne, autism, ADHD, leucemie, cancer, sindromul morții subite la sugar, diabet zaharat, astm bronşic, artrita juvenilă etc.

Numeroşi medici şi oameni de ştiință, care nu au crezut în ipotezele false din tratatele de medicină, au reuşit, în urma multor studii, să facă legătura dintre vaccinuri şi aceste boli cronice, autoimune în majoritatea cazurilor. Deşi stau mărturie numeroase cărți şi articole, ai căror autori sunt din Europa, SUA, China, Japonia, Australia şi din aproape toate colțurile lumii, afacerea cu vaccinurile continuă ca şi când nimic nu s-ar întâmpla, iar presiunile făcute de către autoritățile sanitare asupra părinților cresc, pe an ce trece. Copiii noştri au devenit adevărați cobai pentru marile companii farmaceutice şi nu se găseşte deocamdată nicio ieşire din acest cerc vicios. Singurii care vor putea schimba ceva sunt părinții, când nu se vor mai supune unor tratamente preventive, false şi neobligatorii. În Occident, se cunosc multe cazuri când părinții ai căror copii suferă de complicații grave postvaccinale (paralizii, encefaloptie, autism etc.), sau chiar au murit, ajung în instanță pentru a-şi cere puținele drepturi care să le aline suferința: recunoaşterea adevărului (în primul rând) şi compensații pentru daunele provocate. *În SUA spre exemplu, tot mai mulți părinți, ai căror copii au murit în urma vaccinurilor sau suferă de complicații grave postvaccinale, precum autismul, au dat statul în judecată, primind despăgubiri. Din surse oficiale ale conducerii SUA, doar în 2010, au murit în urma complicațiilor postvaccinale, 2.699 de copii iar alți 101 au fost diagnosticați cu autism.*[1] *De curând, şi în Italia, a fost recunoscută legătura dintre autism şi vaccinul ROR.*[2,3] Deşi multe procese au fost câştigate în țările din Occident, ştim bine că nicio compensație financiară nu va mai reda sănătatea sau viața acestor copii. *Se observă şi în România o* schimbare timidă, dar eficientă, a mentalității părinților. Dacă în trecut aceştia, în special mamele, îşi duceau copiii la vaccinat, fără ca să pună întrebări, având o încredere deplină în cadrele şi autoritățile medicale (a fost şi cazul meu), nu acelaşi lucru se întâmplă în ziua de azi, când părinții cu studii medii sau superioare, având la dispoziție numeroase surse despre vaccinuri şi efectele lor secundare, pun tot mai des întrebări despre eficiența sau ineficiența vaccinurilor, dar mai ales despre pericolul unor eventuale complicații grave. Din nefericire, nu primesc întotdeauna un răspuns sincer, fiindcă, în spatele

[1] "Safe" vaccines kill 2,699 children in a year – and 101 develop autism, US government admits, http://tinyurl.com/3qbo75q

[2] http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html

[3] www.huffingtonpost.com

unei publicități tot mai agresive a vaccinurilor, nu se află altceva decât o goană după bani, la care nu este dispusă să mai renunțe vreodată cunoscuta Big Pharma. *În Germania, nu mai există obligativitate* la vaccinurile din copilărie, încă din anul 1982[4]. Acelaşi lucru îl constatăm şi în celelalte țări ale Uniunii Europene, unde vaccinurile nu mai sunt de multă vreme "obligatorii", ci doar "recomandate". Cu toate acestea, în ultimii ani, şi aici se duce o propagandă pro-vaccin tot mai intensă, pe toate căile posibile: emisiuni TV şi radio, publicitate intensă, cărți, pliante şi afişe care vor să dovedească eficiența maximă a vaccinurilor şi mai ales gravitatea bolilor de copilărie. Dr. Buchwald dezvăluie scopul ascuns al consultațiilor gratuite, periodice la copii, aşa-zisele "bilanțuri": "*…mamele cred că li se face un mare bine …dar autoritățile sanitare din Germania au cerut medicilor pediatrii să controleze la fiecare consult carnetul de vaccinări a copilului şi să-l vaccineze imediat cu vaccinul care lipseşte din carnet...*"[5] Aceste "bilanțuri" se fac şi la noi, de către medicii de familie şi apoi de medicii şcolari.

În România, din analiza legilor în materie, nu rezultă în mod expres că vaccinurile sunt obligatorii (d.p.d.v. legal, nu există niciun articol care să instituie în mod expres obligativitatea vaccinurilor: vezi Anexa). Poziția medicală este una opusă, ca şi când vaccinurile ar fi obligatorii. Dezinformarea începe încă din maternitate, unde nou-născuții sunt vaccinați imediat după naştere, fără acceptul în scris al mamei (fiind încălcat grav dreptul pacientului la "consimțământul informat"), apoi continuă la cabinetul medicului de familie. Presiunile făcute de către autoritățile sanitare asupra medicilor de familie, pentru a-i vaccina pe toți copiii, sunt transmise de către aceştia mai departe părinților, cu convingerea că "imunizarea" face doar bine. La medicul de familie, bolile copilăriei le sunt deseori prezentate ca fiind boli foarte periculoase, de care uneori se poate muri. Alteori, părinții sunt amenințați cu scoaterea copilului de pe lista de asigurat (am întâlnit asemenea cazuri), sau că vor fi denunțați la DSP (Direcția de Sănătate Publică). Unii dintre părinți, sub avalanşa presiunilor, cedează în cele din urmă. *Intimidarea părinților, rămâne în continuare o armă foarte eficientă la noi în țară*. Dacă ulterior copilul va prezenta afecțiuni sau complicații postvaccinale, ele nu sunt recunoscute de cele mai multe ori şi se găseşte mereu o explicație: "este doar o coincidență" etc. Este de aşteptat acest lucru, deoarece atât studentul cât şi

[4] http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impf-system-in-deutschland/

[5] G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst,* emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany, 57.

medicul de familie, pediatru sau generalist, nu este învățat în timpul facultății, respectiv al rezidențiatului, să recunoască toate complicațiile postvaccinale, ci doar câteva banale reacții adverse, punându-se accentul exclusiv pe efectele pozitive ale vaccinurilor. Nu se schimbă nimic când copilul ajunge la grădiniță, şi în final la şcoală, unde va fi supus altor vaccinuri "obligatorii." Fără "carnetul de vaccinări complet, cu toate vaccinurile," deseori este refuzată înscrierea copilului în Instituțiile de stat. În acest caz, părinții îşi pot cere drepturile care le sunt din nou încălcate (vezi Anexa). Statul continuă să folosească modelul comunist şi nedemocratic, chiar şi după 23 de ani de la Revoluție. Cu toate acestea, *nicio propagandă falsă nu-i mai poate păcăli pe părinții ai căror copii au devenit victime ale vaccinurilor, dar nici pe cei care doresc să cunoască adevărul despre vaccinuri. În Occident, există la ora actuală multe asociații de părinți ai căror copii suferă de boli grave, postvaccinale. Este de dorit să fie înființate astfel de asociații şi în România*, fiindcă, din nefericire, există şi la noi mulți copii care suferă de astfel de afecțiuni. Bolile postvaccinale nu sunt încă nici cunoscute şi nici recunoscute de către majoritatea medicilor români, care, în virtutea inerției, nu doresc o schimbare în atitudinea lor şi *resping în mod constant orice carte sau studiu despre aceste boli.* Puțini sunt medicii care se îndoiesc de binele pe care-l fac vaccinurile, dar aspectul financiar şi teama de a-şi pierde serviciul îi determină şi pe aceştia să-i vaccineze pe copii. Rămâne totuşi "o mână" de medici pe care nimic nu-i poate opri să spună adevărul despre vaccinuri… În ultimii ani am observat la generația tânără de medici (care sunt deseori şi părinți), o deschidere pentru astfel de probleme, fiind interesați în aflarea adevărului despre vaccinuri.

Nu am făcut excepție "de la regulă" nici eu, atunci când am absolvit, în anul 1989, Facultatea de Medicină, secția Pediatrie, din Cluj-Napoca. Credeam, asemenea colegilor mei, că tot ceea ce învățăm este adevărat şi nu aş fi contestat nici măcar un singur rând din tratatele groase de Medicină, sau din cursurile predate la Facultate. *Deşi aveam deja o oarecare experiență cu vaccinurile după 2 ani de stagiatură, nu puneam absolut nicio boală pe seama acestora.* Nici nu aveam cum. Puținele rânduri scrise în cărțile de Boli Infecțioase şi învățate în mod conştiincios, aproape pe de rost, nu aveau cum să mă determine să fac o legătură între vaccinuri şi unele boli cronice: astm bronşic, artrita reumatoidă juvenilă, diabet zaharat tip 1, encefalopatii, tumori ş.a. Învățasem că unele dintre ele sunt boli autoimune (când dăm vina pe un sistem imun dezechilibrat, fără a cunoaşte cauzele acestui fenomen), sau cu o predispoziție genetică (fără ca acest lucru să explice o serie de boli),

sau pur şi simplu sunt boli cu o etiologie necunoscută. *Acum sunt medic primar de Medicină de Familie, dar cunoştinţele mele despre vaccinuri nu s-au îmbogăţit decât după ce (şi o spun cu regret) au suferit şi propriii mei copii de complicaţii postvaccinale.* Acum îmi este foarte clară legătura dintre numeroasele boli cronice, etichetate deseori ca fiind "de cauză necunoscută", şi vaccinurile "obligatorii" ale sugarului şi copilului mic.

Cu toate că am început să îmi pun numeroase întrebări, ele au rămas fără răspuns multă vreme, fiindcă *în România nu există la ora actuală nicio carte sau studiu în legătură cu această cauzalitate reală şi atât de evidentă, ci doar cărţi care arată marele beneficiu al vaccinurilor, minimalizând întotdeauna efectele lor secundare*. S-a făcut o singură traducere pe această temă, din limba franceză, fiind vorba de cartea doctorului Louis de Brouwer m.d., intitulată *Vaccinarea: eroarea medicală a secolului*. Singura soluţie a fost să le caut în Occident (Germania, Franţa, Belgia, SUA etc.), unde am găsit o bibliografie destul de bogată. Folosindu-mă doar de experienţa mea de medic şi mamă, nu aş fi putut scrie niciodată o carte care să convingă pe cineva de existenţa acestor complicaţii postvaccinale, motiv pentru care am folosit nu mai puţin de 23 de cărţi (în limba germană, engleză şi franceză), precum şi sute de articole, scrise de medici şi oameni de ştiinţă renumiţi (fără să epuizez nici pe departe bibliografia existentă în Occident) şi care şi-au adus aportul, în măsura în care au fost lăsaţi să o facă (deseori cu mari sacrificii), la elucidarea unui adevăr ascuns cu atâta dibăcie. Aşa cum ştim cu toţii, adevărul nu poate fi ascuns la nesfârşit şi cândva trebuie să iasă la suprafaţă. Am constatat cu mirare că, *în ultimii 100 de ani, s-au făcut zeci de mii de studii, editate în cărţi, reviste, ziare, anuare etc., care atestă fără niciun dubiu că vaccinurile sunt un adevărat atac asupra sistemului imun al omului, pe care-l pot distruge lent şi ireversibil, provocând cele mai grave boli cronice, nevindecabile, inclusiv sindromul morţii subite la sugar*.

Prin intermediul acestei cărţi nu doresc să aduc un prejudiciu vreunui medic, profesor, om de ştiinţă sau oricărei alte persoane din sistemul medical sau din vreun alt domeniu, ci nădăjduiesc să trezesc interesul oamenilor, al părinţilor şi mai ales al medicilor, pentru acest subiect, pentru un studiu mai aprofundat al sistemului imun şi al efectului devastator al vaccinurilor asupra acestuia. *Cred că în primul rând imunologii, epidemiologii, infecţioniştii, geneticienii şi biologii îşi vor putea aduce cea mai mare contribuţie la cunoaşterea şi răspândirea acestui adevăr. Colaborarea lor cu medicii neurologi şi cu pediatrii este o necesitate*. Cred, de asemenea că, orice medic, indiferent de specialitatea lui, se poate implica în această problemă, având dreptul să in-

tervină şi, când situația o cere, *are obligația s-o facă, conform jurământului lui Hipocrat pe care l-a depus la terminarea Facultății şi, nu în ultimul rând, în fața conştiinței sale de om şi creştin, care vrea binele aproapelui său, cu atât mai mult al unui copil nevinovat, care nu poate lua singur o decizie*. Într-un viitor cât mai apropiat, medicii specialişti în domeniu şi oamenii de ştiință din țara noastră vor trebui să recunoască deschis că efectele vaccinurilor asupra sistemului imun sunt cu bătaie lungă, de ani de zile, putînd provoca boli cronice grave, mai mult sau mai puțin cunoscute de noi, şi care nu vor mai putea fi etichetate ca fiind de "etiologie necunoscută".

Singura soluție pe care o văd în viitor este renunțarea la vaccinuri. Prin continuarea programului național de vaccinare în masă a sugarilor şi copiilor din România, vom avea în curând un tineret bolnav, suferind de boli netratabile, iar vinovați de această situație ne facem în primul rând noi, medicii. Statisticile arată că la ora actuală, în țările dezvoltate (fără ca situația să fie diferită de cea din țara noastră, după constatările făcute), *unul din doi copii suferă de alergie, tot al treilea copil suferă de dermatita/eczema atopică şi unul din zece, de astm bronşic*[6]. Niciuna dintre aceste boli nu are un tratament etiologic, ci doar unul simptomatic, adică ameliorează simptomele, dar nu vindecă (specific al bolilor cronice, inclusiv al celor alergice*). Este paradoxul zilelor noastre: copii tot mai puțini şi tot mai bolnavi, cu toate că au crescut mijloacele de terapie şi mai ales condițiile de trai***.**

Se preconizează că, în decurs de 30 de ani, toți copiii vor suferi de o boală alergică[7]. Nu vor mai suferi de banalele boli eruptive, infecto-contagioase (rubeolă, rujeolă etc.), tratabile şi vindecabile în 3-7 zile, şi care au menirea să le întărească sistemul imun, ci vor suferi o viață întreagă de boli cronice, ireversibile, de cele mai multe ori debilizante.

În ceea ce-i priveşte pe părinți, am speranța că vor avea mai mult curaj de acum încolo de a lupta pentru drepturile lor şi ale copiilor lor, ca astfel, prin renunțarea la vaccinuri, să-i crească sănătoşi, fără să-i expună la cele mai grave boli cronice. Legislația este de partea lor (vezi Anexa). Am încercat, pentru ei, o simplificare maximă a unor probleme medicale atât de complexe. Lor mă adresez cu mare dragoste şi răspundere în acelaşi timp, ştiind că ei vor fi posibile victime, alături de copiii lor. Copiii cu poliomielită postvaccinală, encefalită postvaccinală, epilepsie şi alte boli cronice, debilizante, provocate de vaccinuri, trăiesc în mijlocul nostru, şi doar unii dintre

[6] Friedrich P. Graf, *Die Impfentscheidung. Ansichten, Überlegungen und Informationen – vor jeglicher Ausführung*, sprangsrade verlag, 1. Auflage 7 –2007, Germany, 65.

[7] *Ibidem*.

ei au avantajul de a trăi într-unul dintre puținele Centre pentru persoanele cu dizabilități existente în țara noastră. Statul nu are timp şi niciun interes să se ocupe de aceste victime nevinovate, dar are timp să facă propagandă unei "profilaxii" agresive şi foarte scumpe, cum este vaccinarea în masă a copiilor. De cele mai multe ori, părinții sunt cei care fac şi acest sacrificiu, suportând costurile mari ale vaccinurilor. Companiile de medicamente şi vaccinuri stau liniştite şi fericite că şi-au atins scopul, iar de 200 de ani încoace nimeni nu le poate sta împotrivă, într-un climat mondial în care totul este o afacere. Până nu vor fi informați părinții, studenții de la Medicină şi toți medicii, indiferent de specialitate, despre pericolul real al vaccinării în masă a sugarilor şi copiilor, *atât noi, cât şi copiii noştrii rămânem în continuare victimele "unui marketing perfect al industriei farmaceutice, al unor experimente corupte şi a ignoranței autorităților care fac tot posibilul pentru a-şi atinge scopul: acela de a deveni cândva cu toții pacienți"*[8]. Atât de "eficientă" a fost şi este Campania de vaccinare, generatoare de teamă, încât fiecare se lasă vaccinat, pentru ca apoi să se îmbolnăvească...

Este nevoie de o mare reformă în Medicina Preventivă. Ultimul lucru de care are nevoie lumea este o prevenție care… îmbolnăveşte.

Dr. Christa Todea-Gross

14.09.2012

---

[8] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lűbbe Taschenbuch Verlag, 1. Auflage, Februar 2010, Germany (coperta).

Capitolul 1

Sistemul imun sănătos și dezechilibrul provocat de vaccinuri

Rezumat

Pe parcursul a mii de ani, sistemul nostru imun s-a adaptat la existența microorganismelor din mediu, care sunt nenumărate, multe fiind încă necunoscute. Organismul uman este el însuşi un mare rezervor de microorganisme indispensabile pentru o viață sănătoasă. Puținele microorganisme nocive pentru om pot fi, în majoritatea cazurilor, anihilate de către arma noastră biologică naturală: un sistem imun sănătos şi performant. Pe acesta, copilul îl dobândeşte în parte de la mamă, la naştere, iar apoi şi-l perfecționează pe al lui, în mod natural, prin contactul cu răceli uşoare, boli infecto-contagioase (“bolile copilăriei”) etc. Până la vârsta de 2 ani, când dispare imunitatea moştenită de la mamă, copilul își dezvoltă un sistem imun sănătos. Acest lucru se întâmplă doar dacă nu se intervine din afară cu mijloace care să scadă sau să modifice în mod negativ sistemul de apărare al copilului (vaccinuri, antibiotice, cortizon, antiinflamatoare nesteriodiene etc.). ***Din nefericire, câteva epidemii din trecut (izbucnite mai ales în timpul războaielor) au generat invenția vaccinurilor şi astfel s-a pornit un atac fără precedent asupra sistemului imun al omului de 200 de ani încoace.*** *Nu s-a luat deloc în seamă cel mai important aspect al vaccinurilor: faptul că sistemul imun al omului nu este adaptat la forme noi, artificiale, de microorganisme, cu care în mod normal el nu s-a întâlnit niciodată în natură şi pentru care nu are o “memorie imună”. Dacă mai adăugăm şi existența în vaccin a unor substanțe alergizante, metale grele, proteine străine, antibiotice şi, nu în ultimul rând, combinația mai multor virusuri, ne dăm seama că* ***şansele formării unui sistem imun sănătos şi performant la copil este practic nulă. Îl distrugem deja “din faşă”._Consecințele dezastruoase ale vaccinurilor s-au observat abia în anii’60****, când, în America, după ce s-a triplat numărul de vaccinuri,*

a apărut un număr foarte mare de cazuri de autism la copii, până atunci fiind doar câteva cazuri răzlețe, tratate în Clinicile de Psihiatrie. Efectele adverse evidente ale vaccinurilor "obligatorii" la copii fac victime în scurt timp şi în Europa, unde se copiază modelul american de vaccinare. România nu face excepție. Bolile cronice grave, dar şi decesele provocate de vaccinuri sunt total ignorate de cei care ridică în slăvi ***"cea mai mare eroare medicală a secolului: vaccinurile"*** *(dr. Louis De Brouwer). Au trecut doar 50 de ani (maximum 2 generații) de la declanşarea acestui* ***război biologic împotriva unui sistem imun vulnerabil, imatur, al sugarului, cu grave repercusiuni şi după zeci de ani****, şi este imposibil să nu observăm o creştere explozivă, fără precedent, a bolilor cronice grave, unele cunoscute, dar extrem de rare în trecut, altele noi, incurabile, atât la copii, cât şi adolescenți (alergii grave, autism, sindromul ADHD, boli autoimune, sindroame neurologice noi etc.), la adulți şi vârstnici (boala Alzheimer, diverse forme de cancer, boli autoimune etc.). Cu toate acestea, cei care produc vaccinurile, nu vor avea niciodată vreun interes să spună adevărul, profitul lor material fiind enorm, iar studiile lor fiind în mod intenționat şi sistematic falsificate.* ***Vaccinurile, în loc să prevină, ne îmbolnăvesc.*** *Se depun în schimb eforturi mari şi aproape inutile de a produce tot mai multe medicamente paleative (care tratează, dar nu vindecă). Se profită în continuare de cunoştințele insuficiente cu privire la mecanismele complexe de apărare a sistemului imun în fața unei infecții, reducându-se totul la măsurarea anticorpilor (lucru de altfel contestat de mulți imunologi, de zeci de ani încoace). Sistemul imun este un "puzzle" care nu a fost terminat de către imunologi, lipsind încă foarte multe piese, dar până la rezolvarea lui, sănătatea copiilor noştri riscă să fie distrusă iremediabil.* ***Principiul pe care se bazează vaccinarea este ineficient şi cu multe capcane pentru sistemul imun al ființelor vii, inclusiv a omului, consecința fiind o îmbolnăvire cronică şi deseori ireversibilă.***

I. Lumea microbiană din noi şi din mediul înconjurător

Noi trăim într-o lume plină de microbi pe care nu-i vedem cu ochiul liber, dar, privind la microscop, ni se descoperă o lume nouă, cea a microorganismelor. Purtăm cu noi, de fapt, o adevărată "grădină zoologică". "*Pe pielea unui singur om sunt mai multe bacterii decât numără populația întregului*

glob”[1]. Să fie toate aceste microorganisme duşmanii noştri? Nicidecum, ci dimpotrivă…

Virusul constituie *“un microorganism aparte, care nici nu poate fi considerat un organism viu, deoarece nu poate trăi şi nu se poate hrăni singur. Nu posedă nici măcar o celulă, ci o capsulă în care se află un material genetic. La unele virusuri, această capsulă este învelită cu proteine şi lipide (grăsimi). Virusurile folosesc celule străine pentru a se înmulți, pe care apoi le distrug… Dar numai puține virusuri folosesc o astfel de «tactică», deoarece, pe de o parte, sunt nevoite să îşi caute altă gazdă după ce o distrug, iar, pe de altă parte, fiindcă sunt distruse după ce stimulează sistemul imun al organismului uman… Majoritatea virusurilor folosesc un stil de viață «mai puțin radical», precum virusurile herpetice şi papilomavirusurile, care preferă infecțiile cronice… Sute de alte virusuri există în genele noastre doar ca material informativ. Ele dorm, fiind în stare de latență, şi nimeni nu ştie dacă şi când «se vor trezi», pentru a se înmulți şi a deveni patogene pentru om… Virusurile din organismul uman au un trecut comun*, *având la bază relații prin care s-au influențat reciproc… Capacitatea sistemului imun de a învăța şi de a se adapta la stimuli nu ar fi fost posibilă fără existența acestor virusuri. Capacitatea virusurilor de a provoca mereu mutații a dus la evoluția în timp sistemului imun al omului şi, deci, la o viață mai îmbunătățită”*[2].

Bacteriile au devenit şi ele în timp dependente de celula umană, unde s-au adaptat şi de unde se hrănesc. “*Majoritatea trăiesc cu noi, în simbioză. Ele profită de noi că le merge bine, iar noi profităm de ele. Un real pericol îl reprezintă doar foarte puține bacterii”*[3].

La naştere, copiii au un intestin steril, dar, din primul minut după naştere, acesta se colonizează cu bacterii. *“Colonizarea nu se face după un tipar anume, ci după motto-ul «fiecare îşi caută un loc, după cum ajunge». Nu s-a pus în evidență un model identic de colonizare, nici măcar la doi bebeluşi. Doar la gemenii, care împart aceleaşi condiții, mănâncă acelaşi lapte etc., s-a observat o colonizare asemănătoare a intestinului cu bacterii. În felul acesta, intestinul devine unul din cele mai importante organe ale sistemului imun şi va fi locul unde vom găsi 70% din celulele imune. Peste 400 de specii de microbi îşi găsesc aici locul…”*[4]. Primele şi cele mai îndrăgite bacterii sunt

---

[1] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lűbbe Verlag, Germany, 2010, 25.

[2] *Ibidem*.

[3] *Ibidem*, 26-27.

[4] C. Palmer et al., “*Development of the Human Infant Intestinal Microbiota*”, *PloS Biol* 2007;5 (7):77, doi:10.1371 /journal.pbio.

lactobacilii şi bacteriile Bifidus, care asigură de la început un mediu prielnic pentru digestia laptelui şi neprielnic pentru bacteriile nocive. S-a dovedit că există un "model de bază" prin care se formează şi se stimulează sistemul imun al intestinului. Astfel, în 2006, la Universitatea Maastricht[5], s-au luat în studiu peste 1000 de copii, în vârstă de o lună, la care s-a analizat flora bacteriană intestinală şi s-a observat că, la copiii care se nasc prin operaţie cezariană, flora intestinală este mult mai săracă în lactobacilli şi Bifidus decât la cei care se nasc pe cale naturală. S-au găsit şi multe bacterii patogene, la copiii născuţi prin cezariană. Dar şi nou-născuţii care au fost alimentaţi de la naştere cu lapte praf (nu lapte matern) aveau o floră microbiană nesănătoasă. O situaţie mult mai îngrijorătoare s-a observat atunci când era nevoie de o mai lungă spitalizare a copilului în secţia de nou-născuţi. Cele mai bune condiţii pentru dezvoltarea unui sistem imun sănătos al copilului se realizează atunci când naşterea are loc acasă, cu ajutorul unei moaşe, sau în case de naşteri speciale, cum este obiceiul în Olanda. Aici, oamenii de ştiinţă au observat existenţa unui număr impresionant de mare, record chiar, de bacterii Bifidus în intestinal nou-născuţilor şi astfel ei îşi vor începe viaţa cu o sănătate viguroasă[6]. Potrivit AFP, circa 30% dintre olandeze aleg să nască acasă. Datele contrastează puternic cu cele din Germania, Franţa, Marea Britanie, Belgia şi ţările scandinave, unde numai 2% din naşteri au loc acasă[7]. Este posibil ca şi în România naşterea la domiciliu să devină o metodă nouă, benefică atât pentru mamă, cât şi pentru copil, dar deocamdată nu avem un sistem medical suficient de bine pregătit, atât cu moaşe specializate, cât mai ales cu dotarea aparaturii necesare (de resuscitarae a nou-născutului etc.).

În cursul primului an de viaţă, se schimbă des flora microbiană intestinală. În special antibioticele o modifică sau o distrug şi adeseori este nevoie de o nouă colonizare a intestinului cu lactobacili şi Bifidus. Dar şi alte condiţii modifică flora intestinală, cum ar fi trecerea de la lapte la o alimentaţie solidă. Părinţii observă şi ei acest lucru prin schimbarea mirosului scaunului. Doar la sfârşitul primului an de viaţă dispare treptat diferenţa dintre bebeluşi şi adult în ceea ce priveşte flora intestinală, începând să semene tot mai mult cu cea a adultului. "*Intestinul matur, al adultului, are o lungime de aproximativ 6 metri, iar mucoasa care căptuşeşte intestinul are suprafaţa unui teren de*

[5] J. Penders et al., "*Factors Influencing the Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy*", *Pediatrics 2006*;118:511-521.

[6] B. Ehgartner, *op. cit.*, 28.

[7] http://www.evz.ro/detalii/stiri/nasterea-la-domiciliu-revine-la-moda-455386.html

tenis, fiind astfel cel mai mare organ al corpului uman"[8]. Intestinul conține, alături de numeroase vase de sânge, care absorb substanțele nutritive, şi un sistem limfatic abundent. Noduli limfatici din intestin formează un adevărat rezervor pentru celulele imune. Apendicele face şi el parte din sistemul imun al intestinului.

Anticorpii de la mamă reprezintă "vaccinul natural ideal" şi care-l apără pe nou-născut, imediat după naştere, împotriva microbilor nocivi (antigene), până ce acesta îşi va forma o competență imună. Imunitatea moştenită de la mamă scade treptat şi dispare până la un an de viață (după alți autori, până la 2 ani de viață).

II. Imunitatea nespecifică (înnăscută) şi imunitatea specifică (dobândită)

Sistemul imun este foarte complex şi nu este încă pe deplin cunoscut nici în ziua de azi. Cu toate acestea, ştiind că mă adresez în special unui public fără cunoştințe medicale, am încercat să descriu, pe scurt, principalele mecanisme imune, fără a minimaliza unele aspecte imunologice, fără de care nu poate fi înțeleasă acțiunea vaccinurilor.

Sugarul dispune, ca orice ființă vie, de un sistem imun propriu, înnăscut, care este în stare să facă diferența dintre celulele proprii şi cele străine şi periculoase. Această srategie este destul de simplă: *"Fiecare celulă are un fel de «carte de identitate» prin care este recunoscută ca fiind parte a unui organism. Dacă apare o celulă care nu are acest «buletin», ea va fi considerată un intrus, fără să fie distrusă, decât dacă mai îndeplineşte o condiție: aceea de a reprezenta un real pericol pentru organism. Altfel am distruge chiar şi alimentele pe jumătate digerate. Dar pentru asta există o serie de celule imune, specializate în apărare, numită imunitate nespecifică, înnăscută, sau prima linie de apărare a organismului"*[9]. *"Aceste mecanisme imune nespecifice sunt prezente de la naştere şi până la sfârşitul vieții, la toate ființele vii"*[10].

[8] B. Ehgartner, *op. cit.*, 29.

[9] *Ibidem.*

[10] Victor Cristea, Monica Crişan, Mircea Mițariu, *Imunologie Generală şi Oro-Faringiană*, Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2011, 24.

Prima barieră naturală față de agenții patogeni (bacterii, virusuri etc.) este reprezentată de *factorii tisulari*: pielea, descuamarea continuă, aciditatea pielii, mucoasele, mucusul, enzimele digestive, speciile microbiene nepatogene de la nivelul mucoasei bucale şi a colonului etc. Dacă această barieră este depăşită, intră în acțiune cea de-a doua, şi anume *factorii umorali* (din sânge: peroxidazele, interferonul, sistemul complement etc.). Dacă este depăşită şi cea de-a a doua barieră, intervin *factorii celulari***.** Aceştia din urmă au rolul principal în apărarea imediată, inițială, față de infecții. Este vorba de celulele fagocitare**:** polimorfonucleare (PMN) şi mononucleare (macrofage)[11], care fac parte din categoria globulelor albe (leucocite/granulocite). Potrivit imunologilor, *"aproximativ 90% dintre infecțiile organismului pot fi recunoscute şi combătute de către sistemul imun înnăscut al copilului"*[12]. Acelaşi lucru îl aflăm de la dr. Victor Cristea şi colab.: *"Celulele seriei granulocitare (PMN) acționează nespecific în procesul apărării imune, fiind, în mod normal, capabile să distrugă orice agresor microbian, indiferent de natura acestuia"*[13]. [PMN ingeră rapid agresorii străini, prin fagocitoză, care apoi sunt "digerați" cu ajutorul unor enzime. PMN circulă în sânge, dar pot trece şi în țesuturi şi constituie principalul component al puroiului, în inflamații. Datorită lor, se pot elimina bacterii (gram-pozitive, gram-negative), ciuperci şi chiar unele virusuri. Macrofagele (celulele fagocitare mononucleare), mai puține ca număr decât PMN, circulă şi ele în sânge, după care trec în țesuturi, fiind denumite după localizare: celule Kupfer (în ficat), celule microgliale (în sistemul nervos central), macrofage alveolare (în plămâni), osteoclaste (în oase) etc. Macrofagele fagocitează ("mănâncă") particule străine (microbi) şi celule proprii, lezate sau moarte (hematii îmbătrânite etc.), fiind un fel de "gunoieri" ai organismului. Mai sunt şi alte celule care intervin în apărarea imună nespecifică: eozinofile, bazofile şi mastocite, trombocite, celule citotoxice NK (*natural killer*), celule K (*killer*) etc.][14].

Doar prin întâlnirea cu microbii, la început de viață, celulele sistemului imun al sugarului vor putea activa mecanismele cele mai adecvate şi necesare, menite să-l apere. Celulele învață să facă diferența dintre microbii nocivi şi particulele neutre. Această diferențiere este foarte importantă şi-l va ajuta pe copil să nu reacționeze în mod exagerat, dar nici să fie lipsit de

[11] *Ibidem*, 24-36.

[12] B. Ehgartner, *op. cit.*, 31.

[13] V. Cristea et al., *op. cit.*, 36.

[14] *Ibidem*, 39-50.

reacție de apărare. *"Dacă sistemul imun al unui sugar nu va avea posibilitatea să învețe această diferențiere, în primele luni de viață, nu va putea să se apere",* explică imunologul londonez Graham Rook[15]. Acelaşi lucru care se întâmplă cu sistemul imun, se întâmplă şi cu centrul nervos al văzului, al auzului etc., când acestea nu primesc stimulii necesari pentru a se putea dezvolta. Un sugar cu care nu se vorbeşte deloc, sau care este ținut în întuneric, nu va putea să învețe niciun limbaj, dar nici ochii lui nu se vor putea obişnui cu lumina, rămânând cu handicapuri severe.

A doua linie de apărare a organismului uman este una mult mai performantă şi este denumită "Imunitatea dobândită sau specifică". Ea cuprinde două compartimente: umorală (limfocitele B) şi celulară (limfocitele T) şi se clasifică în[16]:

a. *imunitate activă: naturală (postinfecțioasă)* şi *artificială (postvaccinală);*
b. *imunitate pasivă: naturală (transplacentară)* şi *artificială (cu ser imun).*

Toate celulele imunocompetente provin din celula suşă/stem, multipotentă, din măduva osoasă hematogenă: limfocitele B, formatoare de anticorpi şi limfocitele T.

Limfocitele B, reprezintă 15-29% din totalul limfocitelor periferice, având *o durată de viață scurtă,* sunt puțin recirculante şi se găsesc în oase, ganglioni limfatici şi splină. **Limfocitele T** reprezintă 60-80% din totalul limfocitelor periferice, *au o durată lungă de viață (ani sau zeci de ani)*, sunt intens recirculante şi se împart în mai multe subpopulații: T helper (Th), T citotoxice (Tc), T supresoare (Ts) etc.[17] Limfocitele T helper (Th) se diferențiază în limfocite Th1 care conferă imunitate față de infecțiile cu agenți patogeni intracelulari, numită din acest motiv *imunitate celulară*, şi limfocite Th2, care activează limfocitele B, producătoare de anticorpi, şi conferă *imunitatea umorală*. Mai există însă unele **incertitudini**: unii autori consideră că *"limfocitele Ts şi Tc sunt de fapt unele şi aceleaşi, dar care acționează în mod diferit (citotoxicitate sau supresoare), în funcție de particularitățile răspunsului imun la un moment dat…"*[18]. Se ştie că o dereglare a limfocitelor Ts poate duce la leucemie, boli autoimune etc.

---

[15] G. A. Rook, "*Educating the Immune System*", *Science & Medicine* 1999; July/August:54-63.

[16] V. Cristea et al., *op. cit.*, 50.

[17] Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală*, Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2005, 13.

[18] *Ibidem*, 15.

Ne punem întrebarea: *cum putem ştii "exact" efectul vaccinurilor asupra reacţiilor imune la fiecare "moment dat", când nu cunoaştem încă întregul mecanism al sistemului imun?*

După sinteza şi maturarea lor, limfocitele B (LB: *bone marrow* – măduva osoasă), migrează din măduvă în organele limfoide secundare: ganglioni limfatici, splina, intestin (plăcile Peyer), amigdale, apendice, aglomerările limfoide de la nivelul pielii şi al mucoaselor. Limfocitele T (LT) migrează în timus, care este un organ limfatic cu un rol esenţial la începutul vieţii (a sugarului), deoarece asigură maturarea imunologică normală a limfocitelor T. Aici, în timus, limfocitele T "învaţă" să distingă *self*-ul de *non-self* (propriul de străin), după care ele vor migra în circulaţia sanguină şi apoi în organele limfoide secundare (ganglioni limfatici etc.). Cooperarea LB cu LT are loc aici, în ganglionii limfatici, unde ele se întâlnesc cu încă un grup de celule imune: DC (celule dendritice, prezentatoare de antigen)[19].

Iniţierea răspunsului imun. Am văzut că atunci când organismul este informat că a pătruns un antigen străin şi periculos, el va iniţia răspunsul imun. *Prima linie de apărare, nespecifică, o constituie PMN şi macrofagele*, care, după ce "au învăţat diferenţierea" şi au recunoscut un microorganism ca fiind nociv (virus, bacterie etc., denumit şi "antigen"), îl fagocitează ("mănâncă") şi apoi îl prezintă limfocitelor T. Este motivul pentru care sunt denumite şi *celule prezentatoare de antigen (CPA).* Este necesar acest "salut" al microbilor, pentru ca celulele imune (limfocitele T) să devină active. Mai este un grup de celule prezentatoare de antigen, numite *celule dendritice (DC),* care, la rândul lor, vor "captura" şi ele antigenul, pe care apoi îl prezintă limfocitelor T. Celulele dendritice sunt în stare să recunoască, din milioanele de limfocite T, pe cea care are receptorul pentru acel antigen (virus, bacterie etc). Exemplu: dacă este vorba de un streptococ, patogen, el va fi recunoscut doar de acel limfocit T care are receptorul pentru streptococ. *În felul acesta, dintr-un limfocit T inactiv, acesta devine un limfocit activ, "T helper" (Th1), răspunzător de imunitatea celulară,* care dă informaţia mai departe şi limfocitelor B, care se află şi ele în nodulul limfatic. *Limfocitele B, fiind activate (Th2), devin mature şi încep producţia de anticorpi (împotriva streptococului), răspunzătoare de imunitatea umorală* şi care se termină după 3 zile. De aceea ne simţim mai bine din a 3-a zi de boală, fără ca să ne tratăm[20]. În final (aflăm din cărţile de specialitate), ***"antigenele vor fi distruse prin colaborarea perfectă a celor două sisteme***

[19] *Ibidem*, 55-65.

[20] B. Ehgartner, *op. cit.,* 33.

imune: sistemul imun celular, Th1 (prin fagocitoză şi citotoxicitate directă) şi sistemul imun umoral, Th2 (prin anticorpi şi citokine)"[21]**.** După 6-8 zile, se atinge nivelul maxim de limfocite T, când, de altfel, se vindecă majoritatea bolilor**.** Ştim că limfocitele T, responsabile de imunitatea celulară (Th1), distrug ceea ce se găseşte "în celule" şi este străin şi periculos pentru om. Or, *"virusurile şi unii paraziți se găsesc în celule, fiind distruse de LT. Tot LT sunt cele care distrug celulele canceroase"*[22]. În timpul reacției imune, o mare parte din limfocitele "T helper" mor, dar o altă parte rămân ca celule de "memorie" şi vor avea de acum încolo "datoria" de a recunoaşte oricând "vechiul duşman", când acesta se reîntoarce. O parte din limfocitele B rămân şi ele pe post de "celule de memorie", pentru a fi pregătite oricând să producă din nou anticorpi[23]. Ca urmare, vom putea vorbi de un răspuns imun primar şi unul secundar, acesta din urmă datorându-se celulelor cu memorie. "Memoria imună**"** este mereu împrospătată prin contactul cu lumea microbiană, cu fiecare virus, şi doar în felul acesta poate fi eficientă, devenind tot mai perfecționistă pe parcursul vieții.

Vaccinurile produc un dezechilibru între cele două sisteme imune (umoral şi celular). Ele stimulează imunitatea umorală (Th1), formatoare de anticorpi, în detrimentul imunității celulare, Th2 (care, după cum am văzut, prin intermediul limfocitelor T, poate distruge celule canceroase, dar şi virusuri şi bacterii din celule). Se întâmplă deseori ca *răspunsul imun să fie exagerat*, când pot fi distruse şi celulele sănătoase ale organismului**,** cum se întâmplă în *alergii* (eczema atopică, dermatite de contact etc.) şi *bolile autoimune* (ex.: în encefalita postvaccinală, mielina care înveleşte nervii devine "antigenul" împotriva căreia se vor îndrepta anticorpii şi o vor distruge).

Protecția copilului cu anticorpii de la mamă se pierde până la vârsta de 2 ani. Renumitul imunolog elvețian Dr. Rolf Zinkernagel, premiat cu Premiul Nobel, descrie anticorpii materni ca fiind "*vaccinul natural ideal*" al nou-născutului, care îl vor apăra de infecțiile virale şi bacteriene până ce se dezvoltă sistemul lui imun, astfel încât să se poată apăra singur. El atrage atenția asupra unui lucru foarte important: *"Fetele trebuie să se imunizeze natural împotriva tuturor infecțiilor periculoase până la pubertate"* (să treacă prin toate bolile copilăriei), deoarece numai în felul acesta

[21] V. Cristea et al., *op. cit.,* 231.

[22] Martin Hirte, *Impfen Pro&Contra. Das Handbuch főr die individuelle Entscheidung*, MensSana Verlag, Germany, 2008, 62.

[23] B. Ehgartner, *op. cit.,* 33-35.

vor avea un sistem imun eficient pentru ele şi viitorii lor copii. Această "memorie imunologică înnăscută" va fi la femei – spre deosebire de bărbați – mult întărită de către hormoni, astfel încât în timpul sarcinii va exista un nivel suficient de mare de anticorpi care să treacă la copil prin intermediul placentei. Faptul că nu se nasc copiii cu un sistem imun complet maturizat are două motive bine întemeiate: să nu intre anticorpii copilului în conflict cu "celulele străine ale mamei", pe de o parte, şi, pe de altă parte, pentru că un sistem imun flexibil, care învață şi este pe cale să se perfecționeze, face mai bine față condițiilor de mediu decât un sistem imun rigid, gata format[24]. Procesul de învățare pe care îl parcurge sistemul imun al unui copil, începând de la naştere, ne arată că orice infecție a organismului are, pe lângă aspectul neplăcut al bolii, şi unul pozitiv: *"Fiecare reacție febrilă la copil arată că au loc studii superioare serioase în cadrul sistemului imun care exersează. Sistemul imun al copilului se maturizează în lupta cu virusuri blânde, de răceală uşoară, sau cu bolile copilăriei… Primul an de viață pare să fie anul cel mai prielnic şi parcă planificat de a învăța să se apere împotriva factorilor infecțioşi din natură… Ca urmare, infecțiile sunt de folos sugarului, care astfel va profita şi va dezvolta un sistem imun sănătos… În felul acesta vor fi evitate* ***defecte ale sistemului imun****…Dacă noi intervenim din afară,* ***prin vaccinuri****, şi tulburăm formarea sistemului imun, încă de la naştere, vor apărea şi defecte serioase ale acestuia. Unul dintre nenumăratele exemple îl constituie leucemia limfatică acută, cea mai frecventă formă de cancer la copil (cu un vârf la 4 ani), când are loc o dezvoltare anarhică a leucocitelor tinere"*[25].

Bolile infecțioase, ale copilăriei, oferă o protecție imună naturală, eficientă şi durabilă. După majoritatea bolilor contagioase ale copilăriei, se formează o imunitate naturală, extrem de eficientă față de o nouă îmbolnăvire, comparativ cu imunitatea artificială, dobândită după vaccinare. Motivul este acela că, după contactul natural cu antigenul (virusuri/bacterii), au loc procese mult mai complexe decât în cazul unei vaccinări (când este stimulată doar producția de anticorpi). Antigenul ia contact la început cu mucoasele, care reprezintă o adevărată barieră imunologică (prima barieră imună, naturală) pentru virusuri şi bacterii. Doar dacă antigenul va reuşi să învingă această barieră şi se va înmulți foarte mult, va ajunge şi în sânge. ***"În cazul unei vaccinări, antigenul va ocoli prima barieră,*** *iar reacția imună va fi una extrem de scăzută. Ca urmare, are loc o producție mică*

[24] *Ibidem*, 40-41.
[25] *Ibidem*, 41-42.

de anticorpi, care în timp dispar. Este şi motivul pentru care se fac mereu rapeluri (revaccinări), pentru a stimula formarea de noi anticorpi"[26]. Am văzut că viața limfocitelor B, din care se formează anticorpii, este foarte scurtă.

Spre deosebire de anticorpii artificiali, formați în urma unui vaccin, cei naturali se produc de fiecare dată când noi venim în contact cu un bolnav de rujeolă, rubeolă etc., asemenea unui *"rapel natural"* sau *"revaccinare naturală"*.

Exemplu**:** presupunem că am avut rujeolă în copilărie; la fiecare "reîntâlnire" cu virusul rujeolic, noi profităm de un nou "contact infecțios", fiindcă în acest fel este reîmprospătată "memoria" celulelor imune; fiecare contact cu un copil care are rujeolă va fi asemenea unei revaccinări naturale, deoarece celulele noastre imune, "cu memorie", recunosc adversarul şi vor activa formarea de anticorpi (naturali şi durabili), care ne vor apăra de rujeolă. *Fiindcă s-a introdus în lume vaccinarea, iar bolile copilăriei s-au amânat până la vârsta adultă, sistemul imun nu mai vine în contact cu infecțiile naturale, şi, în timp, îşi pierde din memorie.* De aceea, este posibil ca adulții, chiar şi cei care au avut boala, să o facă din nou, fiind lipsiți de o reîmprospătare a memoriei imune. Aceste cazuri, din fericire, sunt foarte rare. Mai riscant este pentru cei care au fost vaccinați în copilărie şi nu fac boala decât la vârsta de adolescent sau de adult. La o vârstă mai înaintată, rujeola (şi toate bolile copilăriei) este suportată mai greu, cu posibile complicații, deoarece organismul nu mai are un sistem imun flexibil, asemenea unui copil. *Cu adevărat periculos este pentru femeile însărcinate, care au fost vaccinate în copilărie şi care nu au făcut boala. Ele riscă să o facă în timpul sarcinii şi să nască copii bolnavi*. La femeia gravidă, anticorpii produşi în urma vaccinării, scad până la dispariție, iar despre eficiența unei revaccinări nu se ştie deocamdată nimic. La ora actuală, în România, a crescut numărul de cazuri de rujeolă la sugari, deoarece mama nu mai are suficienți anticorpi ca să-l apere de rujeolă. Acesta reprezintă doar unul dintre multiplele motive pentru care ar trebui sistată vaccinarea antirujeolică.

Alta este situația în cazul varicelei. Boala naturală dă o imunitate durabilă, pentru toată viața. Virusul varicelei (este şi agentul etiologic al "zonei zoster") face parte din familia herpes-virusuri (sunt retro-virusuri, cu neurotropism, care rămân în organism toată viața). După ce se vindecă varicela, virusul rămâne în organism. El "se ascunde" la nivelul ganglionilor nervoşi şi a nervilor cranieni, unde "hibernează" (se află într-o stare

[26] M. Hirte, *op. cit*., 67.

latentă). De cele mai multe ori, virusul varicelei nu se mai "trezeşte". Când acest lucru se întâmplă totuşi, în special la adulţii şi vârstnicii cu un sistem imun scăzut (stress, boală cronică, tratamente care scad imunitatea etc.), apare boala numită *zona zoster (herpes zoster),* cu o erupţie caracteristică şi foarte dureroasă. Bolnavul, în acest stadiu, este contagios, putând provoca varicelă la alţi contacţi care nu au imunitate faţă de virus, dar nu poate provoca şi zona zoster (nu este transmisibilă)[27]. *"Interesant este faptul că un contact al adulţilor cu copii bolnavi de varicelă menţine virusul în stare de «hibernare» şi-i fereşte de zona zoster… Un studiu englez a dovedit acest lucru"*[28]. Concluzia este una îngrijorătoare: dacă prin vaccinare se reduce frecvenţa varicelei la copii, vor creşte cazurile cu zona zoster la adult. În SUA se întâmplă acest fenomen de câţiva ani încoace, deoarece aici există o rată foarte mare a vaccinării împotriva varicelei la copii, conform noii reguli *"no vaccination – no school"*[29]. Oamenii de şiinţă de la Universitatea Harvard din Boston[30] au studiat evoluţia celor două boli (varicela şi zona zoster) din anii trecuţi şi au constatat un asemenea fenomen, care se va accentua în viitor: în timp ce s-au redus cazurile de varicelă, de la 16,5 la 3,5 /1000 de locuitori/an în perioada 1998-2003, s-au dublat în schimb cazurile de zona zoster, crescând de la 2,8 cazuri la 5,3 cazuri/an în aceeaşi perioadă. *În SUA există la ora actuală mai multe cazuri de zona zoster decât de varicelă.* Cei mai afectati sunt oamenii trecuţi de 65 de ani. În ultimul timp se observă o afectare tot mai frecventă cu zona zoster şi a oamenilor mai tineri, cu vârsta cuprinsă între 25 şi 44 de ani.

Fenomenul de "hibernare" îl întâlnim şi la virusurile *herpes simplex* (o altă categorie de virusuri herpetice), iar atunci când virusurile "se trezesc," ele devin active şi provoacă herpesul febril la nivelul buzelor[31]. Aceste virusuri se localizează şi la nivelul organelor genitale şi este ştiut faptul că *herpesul genital* este o boală cu transmitere sexuală (BTS), deloc de neglijat, deoarece se poate transmite de la mamă la făt, cu producerea de malformaţii. *Papilomavirusul uman (HPV*) face şi el parte din familia de retrovirusuri şi provoacă o serie de boli genitale, cu transmitere sexuală

---

[27] B. Ehgartner, *op. cit*., 37-38.

[28] S. L.. Thomas et al., "*Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study*", *Lancet* 2002; 360: 678-82.

[29] B. Ehgartner, *op. cit.,* 39.

[30] W. K. Yih et al., "*The incidence of varicella and herpes zoster in Massachusetts as measured by the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) during a period of increasing varicella vaccine coverage, 1998-2003*", *BMC Public Health 2005*; 5: 68-77.

[31] B. Ehgartner, *op. cit.,* p. 37-38.

(vezi cap. 4). *În România, vaccinul împotriva varicelei nu este inclus în Programul național de vaccinări.*

III. Principiul vaccinării este ineficient şi are multe capcane

Vaccinarea se bazează pe următorul principiu: *"În organismul uman este introdus un antigen străin (bacil, bacterie, virus etc.), la care organismul reacționează, «la nevoie», prin formare de anticorpi; în caz de infecție, aceşti anticorpi vor preveni boala; în final, omul devine imun, ceea ce înseamnă că el rămâne sănătos"*[32]. Din definiția dată vaccinurilor aflăm că *"vaccinurile sunt preparate imunobiologice care conțin o suspensie de microorganimse (bacterie, virusuri, ricketsii etc.) vii, inactivate (omorâte), sau fracțiuni ale acestora, care se administrează cu intenția de a induce imunitate în scopul prevenirii unor boli sau a consecințelor acestora"*[33]. Cu alte cuvinte, sistemul imun al sugarului este nevoit să recepționeze noile antigene (virusuri inactivate, bacterii atenuate, etc.), să le "memoreze" şi să învețe să le respingă la un nou contact cu ele, prin formarea de anticorpi. *Este un principiu simplist, dar ineficient, fiind un model "artificial", bazat pe alte legi decât cele naturale, la care, după cum o dovedesc studiile şi practica medicală, sistemul nostru imun nu se adaptează, ci se îmbolnăveşte*.

Compoziția vaccinurilor. Compoziția vaccinurilor a suferit câteva modificări în timp, care nu au adus însă îmbunătățiri reale, ci, dimpotrivă, combinațiile de vaccinuri şi aditivii toxici folosiți (metale grele, adjuvanți noi) au agravat şi înmulțit într-un mod dramatic complicațiile postvaccinale.

Vaccinurile conțin:

a) **Imunogene active** (antigene virale, bacteriene, acizi nucleici etc.): constituie partea principală a vaccinului, care ar trebui să provoace o reacție din partea sistemului imun. Pentru ca să se obțină un astfel de răspuns, *este nevoie de substanțe adjuvante*, menite să stimuleze sistemul imun. Imunogenele sunt "inactivate" sau "atenuate", tocmai pentru a nu provoca boala pentru care este vaccinat copilul.

[32] G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst.,* emuverlag, 4.Auflage 2008, Germany, 5.

[33] M. I Brumboiu et al., *op. cit.,* 32.

Numeroşi oameni de ştiinţă (Oswald T. Avery şi alţii) au studiat, au reprodus şi au demonstrat, încă din anii '40-'50, că *"fiecare antigen viral (fie un virus viu, fie unul omorât) administrat prin intermediul vaccinului se poate transforma înapoi într-un antigen virulent (periculos)".* S-a dovedit demult faptul că nu mai are niciun rost să se discute despre virusuri aşa-zise "atenuate", "inactivate" sau "omorâte", fiindcă virusurile au o mare capacitate de a produce mutaţii şi de a deveni rezistente în medii vitrege pentru a putea supravieţui, iar acest lucru este valabil pentru toate vaccinurile. *"Noi ştim că virusurile posedă o posibilitate extraordinară de a supravieţui; deşi teoretic sunt «omorâte», **ele îşi pot reveni, dar sub altă formă**"*, ne spune Dr. Reinhardt. Nimeni nu este în stare să "omoare" virusurile şi să le folosească pentru vaccin. Tot el afirmă că *"virusurile care în mod normal nu sunt periculoase (patogene) pentru om, se pot combina cu alte virusuri în organismul uman şi să devină foarte periculoşi! Procesul se numeşte **polimorfism**, când virusuri latente se pot reactiva şi pot deveni înalt patogene".* Acest lucru ar trebui să fie o contraindicaţie absolută pentru vaccinurile multiple (asociate), folosite atât de des la sugari şi copii. Virusurile latente se pot reactiva şi deveni patogene în organismul uman nu doar când vin în contact cu un virus, ci şi când vin în contact cu diferite substanţe fizice sau chimice, sau în condiţiile unei imunităţi scăzute din pricina unei boli, administrare de antibiotice, Cortizon sau alte substanţe imunosupresoare (chimioterapie, vaccinuri etc.). *Din acest moment ar trebui oprit orice fel de vaccinare*[34].

La ora actuală s-au introdus vaccinurile "conjugate" şi "antigene modificate genetic", care încarcă şi mai mult sistemul imun al copilului şi-l predispun la boli alergice şi boli autoimune.

b) **Aditivii**: sunt materiale care se adaugă imunogenelor active şi se descriu 3 tipuri: adjuvanţi, conservanţi şi stabilizatori.

- *Adjuvanţii imunologici:* sunt substanţe care, introduse în vaccin, ar trebui să crească răspunsul imun. Cele mai uzuale sunt: hidroxidul sau fosfatul de aluminiu**,** emulsia microfluidizată MF59 şi lipidul A monofosforilat obţinut din endotoxina unui mutant de Salmonella Minnesota. Mecanismul de acţiune al adjuvanţilor imunologici constă în creşterea duratei eliberării şi prezentării antigenelor (virale, bacteriene), inducerea de substanţe imunomodulatorii şi creşterea activităţii celulelor dendritice, prezentatoare de antigen[35].

---

[34] Joachim-F. Grätz, "*Sind Impfungen sinnvoll*?", F. Hirthammer Verlag GmbH, 8.Auflage 2005, 62-64.

[35] M. I. Brumboiu et al., *op. cit.*, 39.

Autori străini au dovedit faptul că adjuvanţii imunologici provoacă o serie de reacţii adverse şi boli grave (vezi cap. 3).

- *Conservanţii*: se adaugă la vaccin pentru a preveni multiplicarea bacteriilor sau a fungilor în urma unei eventuale contaminări a vaccinului, în timpul utilizării sau a fabricării acestuia. Riscul de contaminare este mai crescut în cazul flacoanelor multidoză. Cele mai utilizate substanţe cu rol de conservanţi sunt: thiomersal (sau thimerosal), fenolii şi fenoxietanolul[36].

Studiile din Occident arată că aceşti conservanţi constituie o adevărată otravă pentru organismul uman, provocând boli neurologice grave (Sindromul ADHD, autismul etc.) şi boli autoimune (vezi cap. 3).

- *Stabilizatorii*: sunt substanţe cu rol de protecţie a imunogenelor dintr-un vaccin faţă de variaţiile de temperatură şi/sau pH care pot să apară în timpul fabricării (deshidratare-congelare) sau tratare la căldură, precum şi în perioada de transport şi depozitare până la administrare. Stabilizatorii cei mai folosiţi sunt: *glucide* (lactoză, sucroză), *aminoacizi* (glicină, acid glutamic), *proteine* (ser uman, gelatin de origine bovină sau porcină) sau săruri minerale (clorură de magneziu, sulfat de magneziu). Produsele de origine umană şi animală creează riscul de contaminare cu germeni care se transmit pe cale sanguină, precum şi riscul unor reacţii de tip alergic[37].

Am tratat aceste "riscuri" la fiecare boală în parte.

c) **Substanţele reziduale**: rezultă din procesul de fabricare a vaccinului. Ele pot fi: *substanţe de inactivare* (formol, peroxid de hidrogen etc.), *substanţe de detoxifiere* (formol), *antibiotice* (streptomicină, neomicină, gentamicină), *mediu de cultură* (proteine animale, ouă embrionate, culturi cu fibroblaşti de găină, drojdie de bere, Vero-linie celulară continuă de origine simiană/maimuţă), medii nutritive, medii tamponate, lipopolizaharide bacteriene etc.[38].

Aceste substanţe nu sunt deloc lipsite de periculozitate, fiind alergizante şi o *cauză importantă a suprainfectării cu virusuri simiene cancerigene, tumorale, VRS (virus respirator sinciţial), SIDA* (vezi cap. 2).

Diferenţa dintre o injecţie şi un vaccin. În mod normal, după orice injecţie administrată unui om bolnav, în scop terapeutic (ex.: antispastice în colici, antibiotice în infecţii bacteriene, etc.), reacţia locală este una minoră şi rapid trecătoare, iar reacţia generală este una benefică, spre ameliorare sau

[36] *Ibidem*.
[37] *Ibidem*.
[38] *Ibidem*, 40.

vindecare, nicidecum spre o altă îmbolnăvire. Nu acelaşi lucru se întâmplă în cazul unui vaccin. Dimpotrivă, *vaccinurile pentru copii sunt injecţii traumatizante, date unui pacient sănătos (o condiţie obligatorie pentru orice vaccin) şi imatur, care nu-şi poate da acordul la un astfel de tratament, iar rezultatul nu este unul benefic, aşa cum dorim să credem, ci este unul patogenetic, provocând o* ***infecţie subclinică****, care deseori provoacă alte infecţii şi boli acute sau cronice, cu consecinţe necalculate, insuficient studiate şi cunoscute, asupra sistemului imun.*

Vaccinurile oferă o protecţie scăzută şi de scurtă durată faţă de "bolile copilăriei". Răspunsul imun primar al sugarului este acela de a recepţiona noile antigene (virusuri inactivate, bacterii atenuate etc.), de a le "memora" şi de a le respinge, fără ca să facă boala. La un nou contact cu aceste antigene, răspunsul imun al copilului va fi unul secundar, mulţumită celulelor cu "memorie", care au reţinut antigenul şi încearcă să-l elimine (principiul vaccinării, amintit anterior).

Ce se întâmplă în cazul unei vaccinări? Am văzut ce se întâmplă în cazul unei infecţii naturale, de rujeolă, când imunitatea este eficientă şi îndelungată. În cazul unui vaccin, deşi virusurile din unele vaccinuri sunt vii (ex.: virusul rujeolic), virulenţa lor este atenuată sau supraatenuată prin diferite metode. Este normal să fie aşa, altfel ar induce boala. De aceea, vaccinurile induc o stare de imunitate mai scăzută (mai puţini anticorpi, deseori ineficienţi) şi pentru un timp mult mai scurt decât cel dat de boală. Se întâmplă uneori ca vaccinurile să nu inducă deloc formarea de anticorpi (aşa-zisele "scăpări"). Imunitatea dată de vaccin va scădea progresiv cu anii. *"Memoria imunologică" dată de vaccinuri este foarte slabă şi de scurtă durată*, iar contactul cu un bolnav de rujeolă nu va produce un titru suficient de crescut de anticorpi care să anihileze boala. Ei se pot îmbolnăvi. Este motivul pentru care, deşi vaccinat în copilărie, adolescentul sau omul adult poate face boala. *O revaccinare durabilă nu este posibilă.*

Nu acelaşi lucru se întâmplă la cei nevaccinaţi, care fac boala cu virusul natural, sălbatic. Ei işi dezvoltă o imunitate durabilă, iar contactul cu un bolnav de rujeolă nu va fi pentru ei un pericol, ci le va reîmpropsăta memoria imunologică, prin formare de anticorpi durabili şi eficienţi. Pe de altă parte, dacă ei fac boala în copilărie (spre exemplu rujeola) şi nu sunt vaccinaţi, studiile arată că se formează anticorpi naturali, de durată, care apără copilul nu doar de o reîmbolnăvire, ci îi oferă şi o protecţie pentru alte boli cronice, grave (sindrom nefrotic etc.). *"Dacă la un copil cu un* ***sindrom nefrotic*** *s-a*

indus o rujeolă, s-a observat deseori vindecarea sindromului... Boli autoimune, precum ***astmul bronşic, Lupus eritematos*** *sau* ***eczeme****, s-au vindecat sau s-au ameliorat, după ce copilul a făcut rujeolă"*[39].

Atunci ne întrebăm *care este rostul unui vaccin?* El doar va amâna boala, cu câțiva ani, la vârsta de adolescent sau de adult, când scad anticorpii şi apare boala. La această vârstă, sistemul imun este mai puțin flexibil iar boala poate avea o evoluție mai severă**.**

Vaccinurile scad imunitatea la sugari şi-i predispun la boli acute şi cronice grave, soldate uneori cu deces. Sistemul imun al sugarului, în special *imunitatea celulară (Th1) este în plină dezvoltare* când începe administrarea vaccinurilor, la vârsta de 2-3 luni. Prin vaccinare este stimulată imunitatea umorală (Th2, formatoare de anticorpi). Până acum acesta a fost principiul de bază al vaccinării. Noile cercetări arată că, pentru a stimula într-un mod mai eficient imunitatea prin intermediul vaccinurilor, este nevoie şi de stimularea imunității celulare (Th1)[40],[41]. Pe de altă parte, o stimulare exagerată a imunității celulare poate induce apariția bolilor autoimune, lucru binecunoscut imunologilor. În final, echilibrul dintre Th1 şi Th2, se rupe şi întregul sistem imun al sugarului va avea de suferit[42]. *"Alterarea echilibrului dintre răspunsurile Th1 şi Th2 față de antigenele proprii (self) poate induce formarea de autonticorpi..."*[43]. Bolile autoimune provocate de vaccinuri sunt boli cronice grave, nevindecabile, cu debut încă din copilărie: diabet zaharat tip 1, astm bronşic alergic, celiachie, boala Crohn, sindrom ADHD, autism etc. Moartea sugarului rămâne cea mai gravă complicație postvaccinală, când vorbim de "Sindromul morții subite la sugar" (SIDS), provocat cel mai des de vaccinul DTP (diftero-tetano-pertussis). Un exemplu grăitor în acest sens îl vedem în Japonia, unde *"vaccinarea contra tusei convulsive (cu DTP) se face doar după vârsta de 2 ani, când sistemul imun este mai dezvoltat, iar de atunci, în Japonia, «sindromul morții subite a sugarului» practic nu mai există"*[44]. Numeroase studii au arătat că trivaccinul DTP este cauza acestei

[39] Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, 2000, Germany, 27.

[40] P. G. Holt, P. D. Sly, *"Allergic respiratory disease: strategic targets for primary prevention during childhood"* [editorial]. *Thorax 1997,* 52 (1):1-4.

[41] S. Koppen, R. de Groot, H. J. Neijens, N. Nagelkerke et al.,*"No epidemiological evidence for infant vaccinations to causer allergic disease"*, *Vaccine 2004*, Febr.:1-11.

[42] M. Hirte, *op. cit*., 65.

[43] V. Cristea et al., *op. cit.,* 316.

[44] Tinus Smits,. *Das Impfschaden-Syndrom,* Narayana Verlag, 2. Auflage 2007, p. 36.

morți la sugari (vezi cap. 3 şi 4). În America şi Europa, vaccinarea cu DTP începe de la 2 sau 3 luni, iar în primul an de viață el este administrat de 4 ori, în combinație cu alte vaccinuri. În România vaccinarea cu DTP se face la 2, 4, 6 şi 12 luni, conform Programului național de vaccinare[45].

Vaccinurile administrate la femeile gravide, Ştim că sarcina este o situație unică cunoscută în medicină, când organismul suportă o grefă străină, respectiv fătul, fără ca s-o respingă. Motivul este "o toleranța imunologică fiziologică", adică lipsa unei reacții imune specifice față de un țesut străin, cum este cel al fătului, prin scăderea imunității celulare (Th1), benefică în acest caz. Adjuvanții noi şi moderni, din vaccinurile actuale, inclusiv din cele administrate femeilor gravide, precum Thiomersal, Sqalena sau altele, stimulează imunitatea celulară TH1, prin care fătul poate fi respins şi avortat. *S-au şi întâmplat astfel de avorturi spontane*[46]. *Adjuvanții folosiți în vaccinuri (mercur, aluminiu ş.a.), trec uşor prin placentă la făt.* Mercurul este un metal greu, neurotoxic, afectând celula nervoasă a copilului, provocând boli neurologice autoimune grave: autism, ADHD, tulburări de concentrare şi memorie, astenie marcată etc**.** Cel mai afectat este primul copil născut. "*Alergiile la copii (eczema atopică), bolile alergice (astmul bronşic) şi bolile autoimune (colita ulceroasă, boala Crohn etc.) sunt boli provocate de intoxicația cu metale grele…Interesant este faptul că nu doar mamele transmit mai departe primului copil o mare parte din mercur şi alte metale grele, ci şi bărbații joacă un rol important în aceste cazuri de intoxicații… Dacă el a acumulat cantități mari de metale grele în organism (prin intermediul plombelor cu amalgam sau/şi al vaccinurilor), copilul îşi poate pierde capacitatea de a elimina mercurul din organism…Dacă tatăl are plombe cu amalgam ce conțin o mare cantitate de mercur organic (foarte toxic), copilul va moşteni un deficit în eliminarea metalelor grele"* [47].

Vaccinul tetanic se administrează în România la femeile însărcinate, în luna a 7-a, cu scopul de a preveni tetanosul la nou-născut. Acest vaccin con-

[45] Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view

[46] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn, Schweinegrippe*, *Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS*, *Polio*, emu-Verlag, 6., erweiterte Auflage, 2010, 304.

[47] Vortrag 2 : *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*. Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html

ține o substanță toxică, atât pentru mamă, cât şi pentru făt: *fosfat de aluminiu*. Studiile arată că *"Adjuvanții cu aluminiu afectează neuronii motori la animalele de experiență (şoareci) şi pot induce boli autoimune din cauza dezechilibrului creat între imunitatea celulară (Th1) şi imunitatea umorală (Th2)… Folosirea acestor adjuvanți în vaccinurile hepatitic A şi B, tetanos, difteric şi pertussis pot duce la tulburări neurologice"*[48].

Dacă femeia gravidă este vaccinată *pentru tetanos şi difterie* (cazuri speciale), cu vaccinul diftero-tetanic pentru adulți, ea va primi, alături de aluminiu şi o cantitate mare de *mercur (Thiomersal*) şi nu se ştie unde se va acumula această substanță toxică: în sistemul nervos sau în rinichii fătului[49]. Cert este că poate provoca la copil bolile neurologice autoimune amintite anterior.

Vaccinul gripal, conform recomandărilor OMS, este indicat gravidelor din trim. II şi III de sarcină, fiind considerată o grupă "cu risc". La femeile gravide vaccinate antigripal nu s-a putut dovedi niciodată o protecție a copilului, spun mai mulți autori[50]. Statistic, nu s-a constatat o diferență între gravidele care au făcut gripă în primul trimestru de sarcină şi celelalte gravide[51]. La femeia însărcinată, aşa cum am văzut, adjuvanții din vaccinul gripal (Thiomersal, Sqalena sau altele) stimulează imunitatea celulară TH1, prin care fătul poate fi respins şi avortat.

Combinațiile de vaccinuri. Din motive financiare (vaccinurile fiind o mare sursă financiară), dar mai ales pentru a putea fi "ascunse" reacțiile adverse grave postvaccinale, cunoscute şi contestate deseori de către medici şi oameni de ştiință (când apar reacții adverse după trivaccinul DTP, spre exemplu, nu se poate spune cu exactitate care dintre cele trei vaccinuri le-a provocat), se încearcă combinatii a tot mai multor vaccinuri: tetravaccin, pentavaccin, hexavaccin (soldat cu numeroase decese), iar unde se vor opri producătorii de vaccinuri, nu ştim. Administrarea concomitentă a mai multor vaccinuri înmulțeşte riscul apariției bolilor grave postvaccinale. *Sugarii din România primesc în primele 6 luni de viață 19 de vaccinuri în diferite combinații, iar până la*

---

48 www.impfschaden.info

49 PUBLIC HEALTH :"*Scientists applaud move away from use of mercury*", by Roger Highfield, Science Editor, The Telegraph, UK, August 10, 2004 http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414)

50 E. K. France, , R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., "*Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants"*, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160 (12): 1277-1283.

51 Gh. Marin Voiculescu, *Boli infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1990, 173.

vârsta de un an numărul vaccinurilor ajunge la 27[52]. În acest stadiu, sistemul lor imun nu este încă suficient de dezvoltat şi foarte uşor lezabil. Tocmai în acest timp, scade numărul anticorpilor moşteniţi de la mamă, iar copilul îşi formează propriul său sistem imun. Nu este de mirare că sugarul nu poate face faţă unor atacuri atât de agresive şi numeroase precum vaccinurile, care nu conţin doar virusuri modificate, ci şi substanţe chimice (antibiotice, aluminiu sau mercur etc.)[53]. Scăderea sistemului imun îl predispune pe sugar şi la numeroase infecţii, precum otite, infecţii digestive, urinare etc., pentru care nu este pregătit. Se va începe inevitabil o terapie precoce cu antibiotice, care nu face altceva decât să suprime în continuare sistemul imun. Se naşte un cerc vicios, din care sugarul va ieşi în final cu un sistem imun dezechilibrat, predispus la boli cronice, alergice, autoimune, neurologice ş.a.

Prin combinarea vaccinurilor, fiecare vaccin în parte îşi poate modifica antigenitatea, devenind *fie mai agresiv, fie mai puţin activ*. Spre exemplu, s-a constatat că după tetravaccinul DTP-HIB (s-a adăugat doar un singur vaccin nou, respectiv HIB), reacţii adverse, precum "ţipătul encefalitic", au fost de 10 ori mai frecvente decât în cazul trivaccinului DTP[54]. *"«Ţipătul encefalitic» ne arată o reacţie encefalitică postvaccinală, care poate provoca o encefalită acută demielinizantă postvaccinală şi în final sindromul ADHD, autism sau alte afecţiuni neurologice grave… De asemenea, hexavaccinul «Hexavac» a provocat efecte secundare mai numeroase (febră, somnolenţă etc.) decât pentavaccinul «Pentavac»"*[55]. Hexavac a provocat numeroase decese şi a fost retras de pe piaţă în Germania. Interesant este faptul că pentru prima dată s-a introdus şi în România un hexavaccin în luna mai 2012, şi constat că atât medicii, cât şi părinţii consideră un avantaj faptul că acum sugarul va fi înţepat o singură dată, la 4 şi la 6 luni, fără să cunoască (probabil) reacţiile lui adverse, constatate în Occident. Sunt sugarii noştri mai rezistenţi ca alţii? Va fi studiat un eventual deces postvaccinal…?

Prin introducerea "pentavaccinului", în SUA a izbucnit o "epidemie" cu diverse infecţii, cu stări febrile, neexplicabile la aceşti copii trataţi ambulator sau în spitale, necesitând tratamente cu antibiotice[56].

---

[52] Programul Naţional de vaccinare din România, conform Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

[53] Tinus Smits, *op. cit.*, p. 39.

[54] O. Mansoor, P. I. Pillans, "*Vaccine adverse events reported in New Zealand: 1990-1995*", *N.Z. Med J* 1997, 110 (1048): 270-272.

[55] Aventis Pasteur MSD: Hexavac Produktmonographie 2000.

[56] L. A. Thompson, M. Irigoyen, L. A. Matiz, P. S. Larussa et al., "*The Impact of DTaP-IPV-HB Vaccine on Use of Health Services for Young Infants*", *Pediatr Infect Dis J*. 2006, 25: 826-831.

Nu există la ora actuală niciun studiu oficial privitor la reacțiile adverse apărute după un interval mai mare de timp, după vaccinurile combinate. *Cele mai evidente ar fi studiile comparative făcute la copiii vaccinați şi cei nevaccinați*[57].

Dezavantajele vaccinurilor combinate:

- Reacțiile secundare ale vaccinului monovalent (ACT-Hib) nu au fost studiate în mod sistematic iar acest lucru nu se va mai întâmpla nici de acum încolo deoarece vaccinul monovalent tinde să dispară din comerț; de aceea "*nici nu se va mai afla vreodată ce reacții secundare ar putea provoca componentele vaccinului Hib, care acum nu se mai găseşte decât în combinațiile cu alte vaccinuri…Când vor apare reacții adverse după pentavaccin sau hexavaccin nu vom şti care dintre componente le-a provocat"*[58].

- În urma combinațiilor mai multor vaccinuri, *nu se formează suficienți anticorpi.* Acest lucru s-a observat chiar şi la combinații mai mici, precum trivaccinul sau tetravaccinul[59]. Institutul Paul-Ehrlich (IPE) din Germania a recunoscut că, la vaccinurile combinate, *"pe lângă heterogenitatea vaccinurilor, prin combinarea mai multor substanțe active, se pot produce schimburi şi interacțiuni fizice şi chimice între antigene. Aceste modificări, chiar dacă le putem măsura imediat, ele devin evidente uneori mult mai târziu… Modificările imunologice, chimice şi fizice nu au fost încă suficient studiate. După legea combinării, se pot produce un număr însemnat de modificări în activitatea antigenică a fiecărui vaccin în parte…Aceste rezultate arată că va fi nevoie de metode noi de evaluare ale acestor modificări"*[60]. Din nefericire, mai târziu, nu se mai fac astfel de măsurători. Academia Americană de Pediatrie (AAP: American Academy of Pediatrics) a recunoscut că *"acțiunea şi posibilele efecte secundare ale antigenelor combinate, nu au fost încă studiate. Datorită unor posibile schimburi şi interacțiuni fizice şi chimice între vaccinuri (fiecare vaccin având alt virus, conservanți etc.), se impune studierea activității fiecărei componente antigenice în parte, atât singură, cât şi în combinație cu altele"*[61]. La ora actuală constatăm exact contrariul: apariția

[57] M. Hirte, *op. cit.,* 71.

[58] *Ibidem*, 192.

[59] J. Buttery, A. Riddell, J. McVernon, T. Chantler et al., "*Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal–Meningococcal Vaccine in Infants: A Randomized Controlled Trial*", JAMA 2005, 293:1751-1758.

[60] A. Zott, *"Fűr un Wieder von multikomponenten Impfstoffen". Bundesgesundheitsblatt*, 1997, 12:498-501.

[61] M. Jorge, , M. D. Quinonez, "*Pediatric Infectious Disease Issues*: *Smallpox, Combination Vaccines and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus"*, American Academy of

de noi combinaţii, cu tot mai multe semne de întrebare. Dacă în Occident se administrează unui sugar concomitant şi câte 7 vaccinuri, *în România se administrează copilului în vârstă de 12-15 luni, o combinaţie de 8 vaccinuri: DTPa-VPI-Hib** Simultan ROR* (CALENDARUL DE VACCINARE 2010, ORDIN NR.1.318 DIN 19.10.2009)[62].

Sistemul imun nu este pe deplin cunoscut nici la ora actuală. Reacţia la vaccin variază de la individ la individ.

Exemplele pot continua, dar un lucru ar trebui să ne dea de gândit: *"Sistemul imun nu este pe deplin cunoscut nici la ora actuală, cu atât mai puţin la sugari şi adolescenţi, când organismul se află într-un proces de dezvoltare continuă"*[63]. O recunosc imunologii, oameni de ştiinţă, cercetători şi medici pediatri. Este previzibil faptul că în perioada de sugar se deschid nişte "porţi unice" care duc la dezvoltarea şi perfecţionarea sistemului imun şi care ulterior nu mai sunt accesibile. În acelaşi timp există şi faze de maximă vulnerabilitate la agenţi externi, când pot debuta o serie de boli cronice. *"Ar fi prea simplu să se pună aceste faze vulnerabile doar pe seama unei predispoziţii genetice sau a unei boli moştenite, ştiind că până la ora actuală genele încă nu sunt bine studiate*", afirmă Erika von Mutius[64]. A fost o surpriză să se constate la "descifrarea" genomului uman că *"cele 35000 de gene pe care le moştenim fiecare în parte de la părinţii noştri sunt identice în procent de 99,9% cu cele ale tuturor oamenilor de pe planetă. Se poate reduce întreaga noastră personalitate sau talentul, slăbiciunile etc. la acel procent infim de 0,1%? Să depindă individualitatea fiecăruia dintre noi de această mică diferenţă genetică? Desigur că nu, ar fi absurd"*[65]. Cu atât mai puţin se cunoaşte efectul vaccinurilor asupra sistemului imun şi asupra genelor**.** "*Sistemul nostru imun ne poate apăra, dar ne poate şi îmbolnăvi, atacând organele interne. Din nefericire, noi nu observăm ce se întâmplă cu sistemul nostru imun decât atunci când acesta nu mai reacţionează sau o face în detrimentul nostru, prin refuzul unui rinichi transplantat sau respingerea unei tumori sau atunci când apare o boală autoimună ori o alergie gravă care vor transfor-*

Pediatrics (AAP) Annual Meeting November 2003, New Orleans, Louisiana, http://www.medscape.com/viewarticle/466494.

62 http://www.emedic.ro/Legislatie/434.htm

63 E. Von Mutius, *"Asthma and allergies in rural areas of Europ*e", *Proc Am Thorac Soc* 2007; 4: 212-16.

64 *Ibidem*.

65 B. Ehgartner, *op. cit.*, 64-65.

ma viața omului într-un adevărat chin“[66]. Doar în ultimele două decenii s-a pus mai mult accent pe cercetarea mecanismului de funcționare a sistemului imun. Cu toate acestea, apar mereu alte teorii. Imunologii atrag mereu atenția asupra teoriei “igienice”, conform căreia igiena este necesară şi uneori a salvat mai multe vieți decât alte intervenții medicale. Cu toate acestea, o igienă exagerată nu este deloc benefică la copii, al căror sistem imun se dezvoltă bine doar dacă va veni în contact cu microbii. Înlăturarea microbilor nu este deloc dificilă pentru sistemul imun al copiilor, care este foarte flexibil, şi recunoaşte în microorganisme nişte “prieteni vechi”, ai căror receptori (puncte de legare) sunt înscrise în genele noastre de mii de ani. Acest contact cu microbii trebuie doar reînnoit la copii şi atunci nici reacția sistemului imun nu va mai fi una agresivă, ci una blândă, obişnuindu-se cu microbul “vecin”. Dacă însă copilul va fi izolat cât mai mult de aceşti microbi, de contactul cu noroiul străzii, nefiind lăsat să-şi murdărească mâinile etc., sistemul lui imun va reacționa foarte agresiv la contactul cu microbii şi organismul lui va avea de suferit. Copiii cu un sistem imun sănătos se vor descurca foarte bine cu diferitele infecții şi, de fiecare dată, va fi o nouă experiență prin care imunitatea lor are de câştigat. Această teorie a stârnit însă şi unele controverse, deoarece specialiştii în Igienă şi-au văzut răsturnate teoriile conform cărora doar microbii şi infecțiile sunt cauza bolilor cronice. Cu toate acestea, trebuie urmărit doar un singur interes: ca omul să fie cât mai sănătos. Nici virusurile, nici bacteriile, nici ciupercile nu doresc “să-l mănânce pe om”, ci dimpotrivă, omul trăieşte într-o mare de microbi, fără să se afle într-un război constant împotriva acestora. *“Nici nu trebuie ca omul să tindă să fie aproape steril, când de fapt el duce cu sine mereu peste 1 kg de bacterii, indiferent unde se află sau cât de mult este dezinfectată camera în care va sta. Trebuie să lăsăm sistemul imun să lucreze. În fiecare zi mor o serie de celule îmbătrânite în organismul nostru, iar altele, tinere şi sănătoase, le iau locul. Acelaşi lucru se întâmplă şi cu celulele canceroase. Se spune că zilnic în organism se formează şi celule precanceroase care sunt stopate şi apoi distruse… Intestinul este unul dintre cele mai importante organe ale sistemului nostru imun, fiind gazda unui număr de microbi de 10 ori mai mare decât numărul total de celule din organismul nostru. Rareori aceste bacterii devin patogene, se înmulțesc şi atacă organele. De obicei, microbii trăiesc în simbioză cu noi… Bacteriile “noastre” nu lasă în mod normal ca alte bacterii străine (intruşi) să atace mucoasele pentru a intra apoi în sânge, ci le anihilează destul de*

[66] *Ibidem*, 70.

uşor, fără ca sistemul nostru imun să fie activat”[67]. Se naşte întrebarea “de ce totuşi, având un sistem imun atât de perfecționat, în ultimele decenii infecțiile uşoare ale copilăriei sunt înlocuite cu boli cronice, grave, nevindecabile?”. Răspunsul trebuie căutat la cele care distrug – încet, dar sigur – sistemul imun al copiilor: vaccinurile.

Fiecare individ reacționează altfel la vaccin, în funcție de anumiții factori: *predispoziție genetică, vârstă, boli asociate, deficite imunologice, tratamente, stress etc.*

- În funcție de **predispoziția genetică**: fiecare om posedă o moştenire genetică complexă, individuală. **Complexul HLA** (*Human Leucocyte Antigen*, descoperit inițial pe suprafața leucocitelor, pentru care prof. Jean Dausset a primit Premiul Nobel) este harta genetică a omului. Se mai numeşte **Complezul major de histocompatibilitate (MHC)**. Complexul HLA se află la om pe cromozomul 6 şi, cu toate că reprezintă aproximativ doar a mia parte din genomul uman (după alți autori 1/3000) [68], are un număr foarte mare de antigene[69]. El diferă de la om la om, fiind o adevărată carte biologică de identitate, şi reprezintă baza pentru histocompatibilitate, dictând şi modul în care va reacționa organismul în cazul unui transplant. *Pot exista miliarde de tipuri de HLA*, iar posibilitatea ca doi indivizi, care nu sunt rude, să posede acelaşi tip HLA este practic nulă. Prin studierea ei, putem cunoaşte, într-o anumită măsură, la care boli omul este predispus, precum şi bolile împotriva cărora prezintă o imunitate naturală. *În felul acesta se pot afla, cel puțin orientativ, care dintre vaccinuri pot provoca boli, mai mult sau mai puțin grave (boli autoimune ş.a.)*. Dacă omul respectiv are un HLA cu un locus B35, el va fi predispus la artroze şi artrite secundare, cu infecții repetate aparținând claselor A, G sau C. Diverse infecții virale (rujeolă, oreion, infecții cu virus Coxsackie etc.), care pot afecta pancreasul, pot provoca în timp, la un copil foarte sensibil, un diabet zaharat. S-a observat că în special vaccinurile joacă un rol important în provocarea unui diabet, căci prin ele se introduc în organism agenți infecțioşi, modificați genetic. Nu mai este o noutate faptul că *diabetului zaharat la copii apare frecvent după vaccinurile hepatitic B şi Hib*. Este motivul pentru care sunt total contraindicate vaccinurile împotriva acestor infecții la cei care au o predispoziție genetică la diabet zaharat, posedând un HLA –DR3 şi/sau DR4, B8 şi/sau B15. *O persoană care posedă*

[67] *Ibidem*, 92-95.
[68] V. Cristea et al., *op. cit.*, 383.
[69] S. Delarue, *op. cit.,* 42.

markerul HLA B7 în genomul ei poate dezvolta un astm bronşic, dar nici nu va reacționa deloc la vaccinul BCG. Nu trebuie insistat pe imunizarea oamenilor, care rămâne negativă după mai multe vaccinuri cu BCG, deoarece, din punct de vedere genetic, ei nu au capacitatea de a reacționa. În schimb, li se inoculează în mod repetat cantități mari de bacilli Koch. În *Le Quotidien du Médecin* din 1976, găsim un articol despre *Simpozionul Internațional cu tema "HLA şi Bolile"*, unde s-ar fi luat în discuție problema inutilității vaccinului BCG la unii oameni, dar care a lăsat rece pe cei responsabili de producerea vaccinului. Nu s-a observat nicio intenție de a schimba ceva în acest sens[70]. *O persoană cu HLA-CW3 este predispusă la boli autoimune în urma tuturor vaccinurilor care conțin virusuri, iar cine are un HLA-DR3 reacționează exagerat la orice fel de imunizare*[71] (Dr. Corniks, "Médecine Predictive – un fantastique espoir").

- La Conferința din octombrie 1980, prof. Dausset afirma: ***"Vaccinurile administrate acum copiilor o să ajungă cândva de domeniul trecutului",*** *deoarece este cu totul inutilă vaccinarea copiilor împotriva unor boli deloc periculoase*. Cu toate acestea, nici după 20 de ani, nu se observă pe plan mondial o astfel de tendință[72]. Literatura de specialitate recunoaşte existența unei asocieri între bolile autoimune şi antigenele HLA. Tabelul de mai jos arată incidența bolilor autoimune la persoanele cu un anumit HLA, comparativ cu incidența la persoanele fără tipul respectiv de HLA, cu specificarea că valorile variază de la o populație la alta[73]:

Boala autoimună	**Alela HLA**	**Risc relativ**
Spondilita anchilozantă	B 27	87, 4
Uveita acută anterioară	B 27	10, 04
Sindromul Reiter	B 27	37, 0
Sindromul Goodpasture	DR 2	15, 9
Lupus eritematos sistemic	DR 3	5, 8
Diabet zaharat juvenil	DR 3, DR 4	3, 2
Scleroza multiplă	DR 2	4, 8
Tiroidita Hashimoto	DR 3	3, 2
Miastenia gravis	DR 3	2, 5
Poliartrita reumatoidă	DR 4	4, 2
Psoriazis vulgar	DR 4	14, 4

[70] *Ibidem*, 46.
[71] *Ibidem*, 43.
[72] *Ibidem*, 43-44.
[73] V. Cristea et al., *op. cit.*, 320.

Luăm ca exemplu diabetul zaharat juvenil, tip I: observăm că el apare cu doar 3,2% mai frecvent la copiii cu o predispoziţie genetică, adică cu alelele HLA, DR 3 şi DR 4, faţă de copiii care nu le au. Predispoziţia genetică este practic neglijabilă în cazul diabetului, iar la apariţia lui contribuie şi o serie de factori externi: infecţii cu virusuri cu afinitate pentru pancreas, alimentaţia etc. Observăm însă că au crescut cu 80% cazurile de diabet zaharat la copiii care au primit vaccinurile hepatitic B şi Hib. Vedem că jumătate din bolile autoimune menţionate în tabel au aproximativ aceeaşi incidenţă. Concluzia nu poate fi decât una: cauza bolilor autoimune la copii trebuie căutată nu atât la predispoziţia genetică (dar nici neglijată total), cât mai ales la imunizarea lor artificială, cu vaccinuri. Spondilita anchilozantă (SA) *"este foarte rară înainte de 15 ani, cât şi după 50 de ani. Vârsta tânără este mai des afectată (între 15 şi 30 de ani), cu un maximum între 2-30 de ani… Raportul bărbaţi/femei, de ordinul 10/1 din trecut, s-a redus mult, ajungând la 2,5/1 la ora actuală (Călin, 1992)…**Etiologia bolii este necunoscută.** Numeroase studii au relevat intervenţia Klebsiellei, a Plasmodiilor, precum şi a altor materiale genetice extracromozomiale, care provin din bacilii enterici, gramnegativi. Aceşti factori de mediu, mai mult sau mai puţin cunoscuţi, interferează cu factorul genetic în patogenia SA…Intervenţia factorului ereditar a fost demonstrată de studiile care arată că 10-20% din indivizii HLA B27 pozitivi dezvoltă SA, în prezenţa anumitor factori de mediu…Nu este cunoscută relaţia între antigenul HLA B27 şi SA"*[74]. Deşi predispoziţia genetică în asemenea cazuri este mai evidentă, nu putem exclude nici în aceste situaţii un posibil rol al vaccinurilor, ştiind că vaccinurile au "bătaie lungă", putând provoca boli autoimune şi la vârsta de adult, cu atât mai mult cu cât factorii externi care intervin în apariţia bolii sunt microbi, bacterii, materiale genetice ale unor bacterii etc. Bolile subliniate în tabel apar cu o frecvenţă mare după vaccinuri, conform studiilor mai multor autori (vezi cap. 3).

Trebuie ştiut faptul că există două tipuri de gene, la om şi la animale, care intervin în reglarea reacţiei imune: genele Ir (responsabile de reacţia imună) şi genele Is (responsabile de supresia imună). Deşi se ştie de existenţa lor, ele nu au putut fi localizate încă la om, ci doar la şoareci, pe cromozomul 17. În prezenţa unui antigen (virus, bacil, bacterie sau toxină din vaccin), reacţia imună normală la om, descrisă anterior, în urma activării limfocitelor B, va duce la formarea de anticorpi IgM (Imunglobuline M), de fază acută, şi reprezintă răspunsul imun umoral primar. Sub influenţa genelor Ir, va avea loc o

[74] L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator şi locomotor*, vol. 1, Editura Medicală, Bucureşti, 1998, 501.

nouă reacție imună, constând în răspunsul imun umoral secundar, cu formare de anticorpi IgG (Imunglobuline G)[75]. Vaccinurile ar trebui să inducă formarea unor astfel de anticorpi IgG (conform principiului vaccinării). Aceste Imunglobuline G constituie anticorpii protectori care neutralizează toxinele bacteriene, facilitează fagocitoza etc. şi reprezintă majoritatea imunglobulinelor din ser (70-75% din total), fiind singurele imunglobuline care trec prin bariera placentară, cu exercitatrea protecției antiinfecțioase la făt, şi apoi la nou-născut[76]. IgG sunt cele care vor preveni o reinfecție cu rujeolă, rubeolă etc. Tot ele ar trebui să prevină infecțiile pentru care sunt vaccinați copiii. Dar sub influența genelor Is (imunosupresoare), prezente doar la unele persoane şi codate de către limfocitele T supresoare (Ts), reacția imună nu trece de primul răspuns imun. În felul acesta nu are loc răspunsul imun secundar, deci nici formarea de IgG. *Rezultatul este un sentiment de o falsă siguranță după vaccinare. Ca urmare, oamenii care posedă aceste gene Is, vor fi vaccinați, dar nu şi imunizați.* Aşa se explică de ce un procent de 7-10% dintre oamenii vaccinați nu reacționează spre exemplu la vaccinul antidifteric, sau 5-6 din 100.000 de oameni vaccinați antipolio nu reacționează prin formare de anticorpi. Observăm această lipsă de reacție în special la cei cu markerul HLA B7. La aceşti indivizi este nevoie de prevenție şi tratament, dar nu de vaccinuri. Producătorii de vaccinuri găsesc mereu un răspuns la astfel de probleme şi nu fac excepții pentru nimeni[77]. Predispoziția genetică este doar unul dintre multiplele motive pentru care nu ar trebui efectuate vaccinările la sugari şi copiii mici, vaccinurile asemănându-se cu un "glonte tras în întuneric" (Harris Coulter), fără să ştim unde țintim, dacă el şi-a atins ținta şi mai ales urmările pe care le va aveaîn timp, "rana"provocată.

- **La nou-născut,** ar trebui dozate în mod obligatoriu Imunglobulinele E (IgE): *"Aceşti anticorpi, se găsesc în ser, dar, datorită nivelelor serice foarte mici (0,03-0,05mg% sau 60 UI.ml), nu pot fi puse în evidență decât prin metode speciale (imunoenzimatice)… Nivelul lor creşte foarte mult în bolile alergice: astm alergic, rinită alergică, eczemă atopică etc. Le găsim crescute şi în parazitoze"*[78]. Nivelul crescut al IgE este o contraindicație absolută pentru orice vaccin. Ele arată şi o predispoziție la boli autoimune. Deseori, aceste imunglobuline sunt dozate la sugar doar la 4-5 luni, cu ocazia debutului eczemei atopice sau a alergiei la lapte, când nivelul IgE depăşeşte 200UI/ml,

[75] S. Delarue, *op. cit.*, 47.
[76] V.Cristea et al., *op. cit.*, 129.
[77] S. Delarue, *op. cit.*, 47-48.
[78] V. Cristea, *op. cit.*, 136.

fiind nevoie de un tratament susținut (corticoterapie) şi deseori cu repercusiuni grave asupra sistemului imun. Doar când copiii noştri vor suferi ulterior de un diabet zaharat, de un ARJ (artrită reumatoidă juvenilă), de un astm bronşic, de sindromul ADHD, de autism sau o altă boală autoimună, nevindecabilă, ni se va spune, când este prea târziu: boala aceasta are o predispoziție genetică care nu poate fi prevenită, iar "de vină" este din nou părintele, cu "bagajul său genetic". Nou-născutul, aşa cum am arătat la început de capitol, are anticorpi de la mamă şi aceştia pot bloca formarea altor anticorpi după vaccinare. În SUA, s-a observat că vaccinul antirujeolic nu a dus la formarea de anticorpi la sugari, fiindcă anticorpii primiți de la mamă au oprit formarea acestora. Omul, în general, îşi formează foarte greu anticorpi după vaccinare.

- În funcție de **unele deficite imune**: La unii dintre copii pot exista deficite imune, cum ar fi disglobulinemiile: deficitul de IgG (Imunglobuline G: anticorpi) sau deficit de IgA (Imunglobuline A: anticorpi) sau ambele. Aceşti copii nu vor forma anticorpi, nici după boală şi nici după vaccinare[79]. Asemenea boli erau rare în trecut, dar în ultimii ani a crescut mult incidența lor. Nu este o noutate faptul că vaccinurile pot induce sau agrava un deficit imun.

- În funcție de **bolile din trecut (antecedente)**: Copiii care au suferit de infecții urinare la vârste mici nu vor reacționa la vaccinul antitetanos sau foarte puțin (Conferința internațională despre tetanos)[80].

- În funcție de diverse **tratamente**: Medicamente (corticoizi şi alte medicamente care scad imunitatea), iradiații, boli parazitologice etc. pot duce la scăderea imunității şi implicit a formării de anticorpi.

- În funcție de **alimentație**: "*Subnutriția duce la lipsa de vitamine şi proteine (necesare pentru sinteza unor enzime importante pentru organism). Lipsa lor va duce la o reacție imunologică modificată. Este şi cazul sugarilor care nu sunt alimentați la sân, ci sunt alimentați artificial, cu lapte praf. Ei vor avea o imunitate scăzută şi vor reacționa altfel la vaccin decât cei alimentați natural*"[81]. Campaniile de vaccinare făcute la copiii din țările lumii a treia constituie un adevărat pericol pentru aceştia._

- În funcție de **stress:** O emoție mare sau o traumă puternică (un deces în familie etc.) pot influența sistemul imun (este vorba de copii mai mari sau de adulți). S-a observat apariția bolilor autoimune sau a bolilor maligne în astfel de cazuri, din cauza dereglării sistemului imun. Un vaccin administrat într-o astfel de perioadă nu poate decât să contribuie la apariția sau la agravarea lor[82].

---

[79] S. Delarue, *op. cit.*, 30 (Dr. Kalmar, "Le carnet immunologique").
[80] *Ibidem*.
[81] *Ibidem*, 31.
[82] *Ibidem*.

- În funcție de **starea de sănătate fizică** a persoanei vaccinate: Existența unei boli concomitente (infecție, viroză respiratorie etc.) scade producția de anticorpi şi poate agrava boala existentă, prin apariția de complicații: meningite, encefalite etc. De exemplu, dacă un sugar are o bronşită şi este vaccinat împotriva rujeolei, boala lui se poate complica cu o meningită sau encefalită. Prin scăderea imunității, vaccinul poate provoca la copil boala pentru care este vaccinat[83]. Am cunoscut în practica medicală astfel de cazuri, iar diagnosticul pus în asemnea cazuri este cel al complicației infecției respective (menigoencefalită, epilepsie, Sindrom West etc.) şi nu cel de "complicație postvaccinală".

- În funcție de **vârstă**: La vârstnici, sistemul imun este mai rigid ca la copii şi nu se mai formează suficienți anticorpi. Un studiu realizat cu 336 de persoane trecute de 60 de ani, şi care au primit 3 doze de vaccin tetanic, a evidențiat că la 118 de persoane nu a crescut suficient titrul de anticorpi (A 8-a Conferință Internațională de tetanos, 1987). Cu cât omul este mai în vârstă, cu atât sistemul lui imun reacționează mai slab la un vaccin[84].

Prezența anticorpilor înseamnă şi prezența unei imunități eficiente?

Anticorpii sunt proteine din clasa globulinelor aflate în sânge. De aceea se mai numesc imunglobuline (Ig), fiind clasificate în 3 tipuri: IgA, IgG şi IgM. Producția de anticorpi depinde de antigenul (virus, bacterie etc.) cu care organismul vine în contact şi poate reacționa sau nu**.** *Anticorpii reprezintă doar o parte din întregul complex de apărare al organismului*. Din nefericire, pentru cei care impun şi fac imunizările, producția de anticorpi este cea mai importantă, reprezentând singurul lor argument pentru a demonstra eficiența unui vaccin. **Cu toate acestea, nu rare sunt cazurile când, în urma vaccinului, deşi oamenii posedă un titru suficient de mare de anticorpi (sau chiar foarte mare), care să-i protejeze de boală, ei totuşi o fac**. La un Congres din Niamey, din 31 ianuarie 1987, la care au fost prezentate programele de vaccinări şi rezultatele lor din "lumea a treia", Dr. Jacques Drucker, Director al Institutului de Cercetare APMP, a făcut o constatare amară: *"Încă nu am cunoscut niciodată un asemenea eşec al protecției serologice (prin intermediul anticorpilor), despre care s-a afirmat mereu că este sigură şi corespunde realității"*[85]. Redau două dintre exemplele care vin să întărească afirmațiile de mai sus:

[83] *Ibidem*.
[84] *Ibidem*, 32.
[85] *Ibidem*, 34.

a) **Tetanos.** S-au făcut mai multe studii pentru a urmări reacția sistemului imun la vaccinul tetanic, prin măsurarea anticorpilor formați și prezenți în sânge. *S-a constatat că au existat decese după tetanos inclusiv la cei care au avut o cantitate suficientă de anticorpi*[86]. Un titru mare de anticorpi se observă şi la cei vaccinați cu alte vaccinuri, şi care totuşi fac boala. Protecția împotriva tetanosului este o problemă complexă, în care intervine atât imunitatea umorală, cât şi a cea celulară. *"Se cunosc suficiente date despre reacția sistemului imun față de antigene dar, despre mecanismele sistemului imun care sunt implicate direct în lupta împotriva unui virus cauzator al infecției, precum şi reacția de apărare, rapidă şi complexă în acelaşi timp, împotriva respectivei infecții,* ***nu se cunoaşte aproape nimic****..."*[87]. La Congres s-a pus accent şi pe reacțiile imune, aparent paradoxale în cazul tetanosului, după cum putem citi: *"Studiile au arătat că au murit de tetanos oameni care aveau un titru crescut de anticorpi în sânge (deci o protecție suficientă), iar, pe de altă parte, persoane care nu au fost imunizate față de tetanos, dar aveau bacilul în sânge, nu au făcut şi boala"*[88]. Exemplele pot continua, fiind frecvente şi în situația altor imunizări, dar, din nefericire, nu reprezintă interes pentru cei care promovează vaccinurile.

b) **Rujeola.** După o epidemie de rujeolă din Sett City, Kansas (SUA), s-au examinat 47 de copii care au făcut boala. Un procent de 89% dintre ei, aveau anticorpi pentru rujeolă, însă s-a constatat că aproape 1/3 dintre ei (15 cazuri) fuseseră vaccinați înainte. Despre acest rezultat uimitor, Merklen şi Berthaux scriau: *"S-a observat că în organismul celor vaccinați era prezent un număr mare de virusuri, cauzatori ai rujeolei, cu toate că în sânge exista o cantitate mare de anticorpi, fără ca să se instaleze imunitatea (apărarea fată de infecție). De ce?* ***Se ştie că, în timpul unei infecții naturale, provocate de virusul natural, este suficient un număr mic de anticorpi pentru realizarea unei imunități eficiente împotriva bolii, pe când prin vaccinare, se poate produce un titru mare de anticorpi, fără ca să se instaleze însă şi imunizarea (apărarea fată de boală)****"*[89]. Cu alte cuvinte, anticorpii pe care organismul îi sintetizează după vaccinuri pot fi ineficienți. Nu putem spune decât că este un alt eşec al principiului vaccinării.

[86] S. Delarue, *op. cit.*, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987).
[87] S Delarue, *op. cit.*, 34.
[88] *Ibidem*.
[89] *Ibidem*, 35 (*Heures de France*, 1967).

Lipsa anticorpilor este identică cu lipsa imunității?

În cazul infecțiilor virale, anticorpii naturali care ne protejează îşi fac apariția doar în momentul în care începe deja vindecarea. *Producția de anticorpi este ultima armă folosită de organism în lupta cu bolile* (Dr. Wendel O. Belfield).

Exemple[90]:

a) M. Fasquelle scrie în revista *La médecine moléculaire*, referitor la poliomielită: *“Este de remarcat faptul că, în cazul poliomielitei (forma paralitică), începe vindecarea înainte ca să apară anticorpii (neutralizanți, anti-N). În timpul bolii, se formează pentru început anticorpii de tip anti-H (împotriva antigenului viral neinfecțios). Aceşti anticorpi apar în ziua a 6-a. După 8-15 zile, apar şi anticorpi neutralizanți, anti-N (împotriva antigenelor virale cu caracter infecțios), dar într-un număr destul de mic. La sfârşitul convalescenței mai rămân doar anticorpii neutralizanți, anti-N.”*

b) Merklen şi Berthaux au constatat că *“în timpul unei infecții, până când încă nu s-au sintetizat anticorpi, poate apărea o rezistentă împotriva unei revaccinări.* ***În alte cazuri, putem observa o imunitate foarte bună față de infecție, cu toate că nu s-a putut detecta nicio urmă de anticorpi, folosind chiar şi cele mai sensibile tehnici”.*** Este o altă “lacună” a principiului vaccinării.

Ce rol joacă cu adevărat anticorpii?

Dr. Kalmar relatează: *“Momentul în care în mod normal apari anticorpii, ne demonstrează faptul că* ***aceştia joacă doar un rol secundar în apărarea imună față de infecții****. Se pare că anticorpii au funcția de a curăța organismul de antigenele care circulă în sânge. Funcțiile şi rolul anticorpilor trebuie studiat mai în profunzime, dar sigur este faptul că rolul lor nu este atât de important şi exclusivist, aşa cum doresc să ne convingă de acest lucru fanaticii producători de vaccinuri, pentru a-şi comercializa un produs identic cu o fantezie, cel puțin în cazul infecțiilor virale”*[91].

Unii dintre imunologi, precum Fasquelle, merg chiar mai departe şi afirmă că anticorpii nu fac altceva decât să scoată în evidență existența unui atac infecțios asupra organismului: *“Dacă anticorpii sunt cu adevărat responsabili de toate reacțiile imune ce au loc în prezența unui antigen, fie el natural sau artificial (din vaccin), înseamnă că aceşti anticorpi joacă un rol încă de-*

[90] *Ibidem*, 36.
[91] *Ibidem*.

loc cunoscut de către noi. Se pare că, de multe ori, prezența anticorpilor este doar dovada că există o infecție în organism sau că ea a existat recent”[92].

Poate provoca vaccinul boala pe care ar trebui s-o prevină?

Exemplu: prin vaccinul tetanic şi difteric, vom introduce în organism toxinele acestora, care sunt “atenuate” atât cât să nu producă boala, dar să provoace o reacție imună eficientă. *Sub această limită a “patogenității”, vaccinul nu ar avea niciun sens* (patogenitate însemnând capacitatea de a produce o formă de boală, în acest caz o formă uşoară). *Ştim însă că nici toxinele, nici virusurile din vaccinuri nu ating acest “prag al patogenității”, motiv pentru care este nevoie de adjuvanți*. În cazul vaccinurilor care conțin virusuri (rujeolic, rubeolic, varicelă, hepatic, gripal, poliomielitic etc.), agentul patogen este fie un virus viu şi atenuat, fie un virus “omorât”, care, la fel ca şi toxinele, nu vor putea provoca o reacție imună decât cu ajutorul adjuvanților. *Riscul ca un virus viu şi atenuat să devină din nou agresiv şi puternic patogen este întotdeauna posibil*. Pentru a “rezolva” acest inconvenient, s-a încercat folosirea unor “fragmente” de virusuri, la care se adaugă stimulenți imuni, cu rolul de a creşte efectul lor patogen. *Adjuvanții nu sunt deloc lipsiți de pericol*. Se complică mult lucrurile când ne gândim că, *“deşi in vitro (în laborator) este posibil să distrugem aceste virusuri sau celulele infectate, rămâne un lucru foarte dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, să se întâmple acelaşi lucru şi in vivo (în organismul viu)”*[93] (*Grundlagen und Anwendungen der Imunologie* – trad.: *Bazele Imunologiei aplicate*).

Se poate întâmpla ca omul să facă boala împotriva căreia a fost vaccinat, dacă în acel vaccin se află un virus viu atenuat, spre exemplu: poliomielita postvaccinală cu vaccin oral Sabin, rujeola, rubeola, oreioul etc., mai ales la persoanele cu deficiențe imune. Aceste cazuri sunt mai rare. *Cele mai frecvente cazuri de boală postvaccinală sunt cele atipice*, cum ar fi: Poliolike (“asemănătoare” cu poliomielita), Pertussislike (“asemănătoare” cu tusea convulsivă) etc. Deşi aceste afecțiuni sunt mai frecvente, ele deseori nu sunt diagnosticate sau sunt confundate cu o altă boală. *“Cel mai frecvent observăm asemenea afecțiuni în urma vaccinului ROR, când pacienții fac forme atipice de rujeolă”*[94]. Un

[92] *Ibidem*, 37.

[93] *Ibidem*, 38.

[94] J. D. Cherry, R D. Feigin, L. A. Lobes Jr, P. G. Shackelford, *“Atypical measles in children previously immunized with attenuated measles virus vaccines”*, *Pediatrics,* 1972, Nov; 50(5):712-7 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5084185); Fulginiti VA, Eller J, Downie AW, Kempe CH: “Altered reactivity to measles virus”, Jama, 18 Dec. 1967; 202 (12):1075-80. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6072745)

medic cu mai puțină experiență nu va recunoaşte formele atipice de boală. Trebuie ştiut faptul că, în cazul infecțiilor virale, naturale, boala poate fi una *acută, recidivantă* sau *latentă* (virusuri latente, care "dorm", pot redeveni active şi pot provoca boala în anumite condiții), sau poate fi una *subclinică* (boala acută sau cronică, fără simptome). Ca urmare*, "şi virusurile din vaccinuri pot provoca diferite forme de boală (acute, recidivante sau latente). Virusurile latente pot fi şi ele reactivate în urma unui vaccin"* [95].

Omul vaccinat, deşi nu face boala, poate fi uneori contagios pentru ceilalți oameni. Un om vaccinat cu un virus viu poate fi contagios pentru oamenii cu care vine în contact. Spre exemplu, un copil vaccinat antipolio cu vaccinul oral Sabin poate fi contagios pentru mama lui, care este mereu în contact cu el[96]. Din fericire, aceste cazuri *(poliomielita de contact, cu virusul vaccinal)* sunt foarte rare.

Orice vaccin îl face pe om susceptibil pentru alte bolii. Fenomenul de hipersensibilitate este tratat în cap. 3.

Modul în care afectează adjuvanții din vaccinuri integritatea sistemului imun al sugarului şi copilului este descris în cap. 3.

Febra şi rolul ei benefic în infecții. Am abordat această temă aici, fiindcă modul cum tratăm febra în toate afecțiunile virale, fie ele boli eruptive sau nu, este foarte important. *Febra este o reacție de apărare a organismului, iar rolul ei în infecții este incontestabil:*

- *Febra creşte circulația sanguină în ganglionii limfatici,* ajutând celulele imune din sânge să ajungă mai repede în acest loc (se dublează timpul de circulație)[97].

- *Ganglionii limfatici* sunt, după cum am văzut, adevărate centre de comunicare unde se inițează răspunsul imun într-o infecție. Un grup de experți imunologi, condus de Dr. Sharon Evans de la Institutul Oncologic Roswell Park din Buffalo, New York, accentuează rolul important al ganglionilor limfatici în inițierea răspunsului imun[98]. Acest medic a publicat de curând rezultatele efectuate pe animale, care redau în mod explicit efectele bene-

[95] S. Delarue, , *op. cit.*, 39.
[96] *Ibidem*.
[97] *Ibidem.*
[98] B. Ehgartner, *op. cit.*, 79.

fice ale febrei în lupta împotriva bolii[99]. Experienţa pe şoareci – care au o temperatură asemănătoare cu cea a omului – arată că *febra a dus la dublarea numărului de celule imune, ce au pătruns apoi în ganglionii limfatici*. Fagocitele din ganglioni (care "mănâncă" microbii), aşa cum am văzut, reuşesc să distrugă o mare parte din antigenele străine, iar apoi prezintă fragmentele rămase drept "studiu" celui de-al doilea val de celule imune: limfocitelor B şi T din ganglioni, care vor duce până la capăt acţiunea de distrugere a intrusului. Limfocitele T, ai căror receptori posedă proprietatea de a recunoaşte, fixa şi anihila antigenele străine, încep să se înmulţească rapid, în timp ce limfocitele B încep producerea de anticorpi. Este şi motivul pentru care tumefierea ganglionilor precede febra. *"Scăderea febrei cu ajutorul medicamentelor este un lucru greşit, deoarece reducem apărarea imună. Doar când febra este foarte mare trebuie intervenit"*[100], avertizeză Dr. Evans.

a) **Febra la sugar şi copil**

- *În trecut febra însemna boală*; începând cu anul 1868, medicul Carl Wunderlich din Leipzig emite pentru prima dată ipoteza conform căreia *"febra constituie doar un simptom, nu şi boala însăşi"*[101].

- fobia febrei este specifică părinţilor şi deseori aceştia intră în panică văzând efectele ei la copilaşii lor: facies roşu, transpiraţii abundente, somnolenţă. Febra este deseori motivul principal pentru care ei se prezintă de urgenţă cu copilul la spital[102]. Dr. Iwan Blumenthal, realizând un chestionar despre *"ce cred părinţii despre febră"*[103], la 400 de părinţi ai căror copii au fost aduşi la spitalul unde lucrează, a aflat că *"1/3 dintre părinţi nici măcar nu cunosc care sunt limitele normale ale temperaturii, o altă 1/3 dintre părinţi administrează antitermice copiilor imediat ce mercurul termometrelor creşte peste 37 grade Celsius. Cei mai mulţi părinţi îşi trezesc copilul noaptea ca să-i administreze medicamente antitermice. Peste 80% dintre părinţi erau de*

[99] C. C. Butler et al.,*"Understanding the culture of prescribing:qualitative study of general practitioners and patients"*; Chen Qing, Daniel T. Fisher, Kristen A. Clancy, Jean-Marc M Gauguet, Wan-Chao Wang, Emily Unger, Stefan Rose-John, Ulrich H von Andrian, Heinz Baumann, S. Sharon, Q. Evans et al., *"Fever-range thermal stress promotes lymphocyte trafficking across high endothelial venules via an interleukin 6 transsignaling mechanism"*, *Nature Immunology* 7, 1299 – 1308 (2006)
http://www.nature.com/ni/journal/v7/n12/full/ni1406.html

[100] *Ibidem.*

[101] B. Ehgartner, *op. cit*., 80.

[102] *Ibidem*, 81

[103] Ivan Blumenthal, "*What Parents think of fever*", *Family Practise* 1998; 15:513-18.

*părere că, dacă nu este tratată febra, copiii lor vor suferi de convulsii febrile sau chiar de leziuni cerebrale. Un procent de 7% credeau că va creşte febra în continuare sau chiar va muri copilul dacă nu sunt administrate întotdeauna antitermice... **Adevărul este tocmai contrariul!** Cu toate că nu există studii făcute pe om, ci doar pe animale (veverițe, iepuri, şobolani şi reptile), s-a putut demonstra faptul că **riscul unui deces într-o infecție nu este dat de o febră ridicată, crescândă, ci de tratamentele cu antitermice precum Aspirină, Ibuprofen, Paracetamol & Co, cu care s-a scăzut rapid febra**"*[104]. Experiența medicală din cabinetele medicale vine să dovedească acest lucru. Un medic care pune accent pe rolul febrei în vindecarea infecțiilor este şi Burke A. Cunha, şeful secției de Boli Infecțioase a Spitalului Universitar Winthrop din New York**.** El este împotriva folosirii medicației antitermice, excepție făcând doar situații excepționale, dar foarte rare. El afirmă că *"febra este un mijloc eficient de apărare a organismului. Dacă scad febra, nu doar îl lipsesc pe bolnav de propriul său ajutor, dar mă lipsesc şi eu ca medic de informații importante necesare punerii unui diagnostic"*[105]. Curba termică ne descoperă deseori date foarte importante despre boală, despre evoluția şi tratamentul ei. *"Este cunoscut faptul că erupția (ex.: pustulelele din varicelă) din cadrul bolilor contagioase se vindecă mult mai greu dacă administrăm antitermice"*[106].

Răspândirea acestei idei se face din păcate foarte încet în întreaga lume, inclusiv în România. Cu toate că părinții nu mai administrează cu atâta uşurință tablete sau supozitoare cu Paracetamol, Ibuprofen sau Aspirină copiilor lor, la majoritatea dintre ei se instalează teama când febra depăşeşte 38 grade Celsius, crezând că efectele ei secundare vor fi mai mari decât cele ale medicamentelor antitermice. *"Excepție o fac acei părinți care au câştigat experiență, văzând că, deşi nu au administrat copiilor lor antitermice, când febra a depăşit 38 grade Celsius, nu s-a întâmplat nimic. Ei sunt acei părinți care rămân calmi când le răcesc copiii, **tratându-i corect, cu împachetări şi comprese pe frunte şi la picioare când le creşte febra**"*[107]. Frecțiile cu spirt sanitar pe trunchi şi membre sunt, de asemenea, indicate.

- Grupul de cercetători imunologi australieni amintiți, au remarcat faptul că *medicii şi asistentele greşesc la fel de mult ca şi părinții,* când este vorba

[104] F: Shann, *"Antipyretics in severe sepsis", Lancet* 1995; 345:338.

[105] Burke A. Cunha, *"Should fever be treated in sepsis?", The Sepsis Text*, Springer 2002.

[106] B. Ehgartner, *op. cit*., 82.

[107] *Ibidem*, 83.

de copiii din familiile lor, administrând acestora antitermice, când termometrul indică 37 grade Celsius. Câtă vreme ei vor face aceeasi greşeală şi nu vor fi un exemplu pentru alți părinți, nu se va schimba ceva în mod radical. Cadrele medicale trebuie să ştie că febra din banalele infecții virale nu trebuie tratată, fiindcă ea trece repede şi uşor. Dacă ar explica acest lucru şi părinților, aceştia nu ar mai ajunge noaptea panicați la spital cu copiii lor.

- *Febra, în sine, nu este un pericol*. "Un sugar sau un copil mic, suportă cel mai bine temperaturile mari, chiar şi peste 40 grade Celsius… Se ştie că deseori, la o febră de 40, copilaşii se joacă şi nu arată ca fiind foarte bolnavi"[108].

- *Convulsiile febrile* sunt simptomele de care se tem cel mai mult părinții. Un procent de 5% dintre copii fac astfel de convulsii, iar pentru părinți sunt destul de neplăcute. "Este principalul motiv pentru care se administrează la ora actuală antitermice. Cu toate acestea, *teama de a nu face ulterior epilepsie nu are nicio bază ştiințifică, fiindcă până la ora actuală nu s-a putut demonstra o astfel de legătură.* Este şi motivul pentru care, după simple convulsii febrile, nu se recomandă o altă medicație"[109]. Convulsiile febrile se instalează de obicei când febra creşte brusc, iar centrii termici din hipotalamus suferă de un "scurtcircuit". De aceea se recomandă părințior să monitorizeze febra şi să încerce o echilibrare a ei în felul următor: când simt că la copil îi arde fruntea, să-i pună comprese reci, iar dacă are picioare reci, să i le încălzească cu sticle cu apă caldă.

b) **Febra la omul adult**

La adult, febra are alte caracteristici**.** Gripa şi virozele sunt cele mai tipice boli febrile la adulți. Când e vorba de boli eruptive, precum rujeolă sau varicelă, omul adult le suportă incomparabil mai greu decât un sugar sau copil. Adultul descrie deseori o stare gravă, insuportabilă, uneori chiar cu teama de a muri. *"Dacă în copilărie bolile eruptive (contagioase) nu amenință viața, la adult ele devin cu adevărat un pericol"*[110]. Asta nu înseamnă că adultul nu ar trebui să facă deloc febră. *Posibilitatea unei creşteri febrile ne arată existența unui sistem imun sănătos, flexibil, şi este bine ca el să fie păstrat astfel până la o vârstă cât mai mare*. Stress-ul poate contribui şi el la apariția febrei, ceea ce ne arată cât de complex este acest proces. Mult timp ştiința

---

[108] *Ibidem*.

[109] T. Jones, Sj. Jacobsen, "*Chilhood Febrile Seizures. Overview and Implications*", *Int J Med Sci* 2007; 4:110-114.

[110] B. Ehgartner, *op. cit*., 85.

a considerat că febra este o reacție pasivă, provocată de bacterii. E adevărat că şi bacteriile contribuie la creşterea temperaturii, dar important este faptul dacă sistemul nostru imun ia în serios aceste bacterii şi dacă le consideră un pericol pentru organism sau nu. Doar atunci apare febra când sistemul imun reacționează la bacteriile care vin din exterior şi le consideră un pericol. *"În acest caz intră în acțiune sistemul imun care atenționează sistemul nervos şi cere insistent creşterea temperaturii"*, ne spune Hans Reul din Műnchen, neurolog şi om de ştiință de la Facultatea Bristol[111]. Răspunsul dat de sistemul nervos se face, fie prin intermediul sângelui (mediator chimic), fie pe o cale directă, prin intermediul celulelor imune şi al celulelor nervoase. Neuronii şi limfocitele (celule imune) sunt vecini neutri până apare un caz "urgent". Din acest moment, aceştia intră în acțiune, trimițând informații la centrul termic din hipotalamus. Dr. Reul a putut demonstra, cu experimentele sale, cât de sensibile sunt legăturile dintre sistemul nervos şi sistemul imun: *"Dacă animalele experimentale sunt supuse unui stress puternic, în mod repetat, ele nu mai sunt în stare să reacționeze cu febră mare la o infecție, aşa cum o fac celelate animale care nu sunt supuse stress-ului. Stress-ul cronic duce în timp la o reacție inadecvată a centrului de termoreglare din hipotalamus şi la o scădere a imunității organismului"*[112].

REPERE BIBLIOGRAFICE
Introducere şi capitolul 1

1.) Safe" vaccines kill 2,699 children in a year – and 101 develop autism, US government admits (http://tinyurl.com/3qbo75q)
2.) http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html
3.) www.huffingtonpost.com
4.) http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impfsystem-in-deutschland/
5.) Dr. Friedrich P. Graf, *Die Impfentscheidung. Ansichten, Überlegungen und Informationen – vor jeglicher Ausfűhrung*, sprangsrade verlag, 1. Auflage 7 –2007, Germany.
6.) Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit*. *Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lűbbe Taschenbuch Verlag, 1. Auflage, Februar 2010, Germany.
7.) Chana Palmer, Elisabeth M. Bik, Daniel B. DiGiulio, David A. Relman, Patrick O. Brown (June 26, 2007): "*Development of the Human Infant Intestinal Microbiota*". (http:///www.plosbiology.org/article/info:doi/10.1371/journal.pbio.0050177)
8.) John Penders, Carel Thijs, Cornelis Vink, Foekje F. Stelma, Bianca Snijders, Ischa Kummeling, Piet A. van den Brandt, Ellen E. Stobberingh: "Factors Influencing the

[111] *Ibidem*.
[112] *Ibidem*, 87.

Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy”, *Pediatrics 2006 Journal.* (http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/511.abstract)
9.) http://www.evz.ro/detalii/stiri/nasterea-la-domiciliu-revine-la-moda-455386.html
10.) Victor Cristea, Mircea Mițariu, Monica Crişan, *Imunologie Generală şi Oro-facială*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca-2011 (ed. a II-a).
11.) Graham A. Rook “*Educating the Immune System*”, Science & Medicine 1999; Volume 6 Number 4: Page 54 (August 1999). (http://www.sciandmed.com/sm/journalviewer.aspx?issue=1043&article=588).
12.) Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală,* Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005.
13.) Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch fűr die individuelle Impfentscheidung,* MensSana Verlag, 2008, Germany.
14.) S. L. Thomas, J. G.Wheeler, Andrew J. Hall: “*Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study*”, *Lancet* 2002; 360: 678-82. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC344263/).
15.) W. K. Yih, D. R. Brooks, S. M. Lett, A. O. Jumaan, Z. Zhang, K. M. Clements,’ et al., ”*The incidence of varicella and herpes zoster in Massachusetts as measured by the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) during a period of increasing varicella vaccine coverage, 1998-2003*”, *BMC Public Health 2005*; 5: 68-77. (http://www.australianprescriber.com/magazine/30/5/artid/906).
16.) Dr. med. G. Buchwald, *IMPFEN. Das Geschäft mit der Angst,* emuVerlag, 4. Auflage 2008, Germany.
17.) Simone Delarue, *Impfschutz. Irrtum oder Lűge? Vorwort und Anhang fűr die deutsche Ausgabe von Dr.med.Gerhard Buchwald*. 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag, Germany.
18.) Joachim-F. Grätz, *Sind Impfungen sinnvoll? Ein Ratgeber aus der Homöopathischen Praxis,* F.Hirthammer Verlag GmbH, 8. Auflage 2005, Germany.
19.) Viera Scheibner,. *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptirsache fűr den plötzlichen Kindstod (SID) sind.* Hirthammer Verlag, 2. Auflage 2000, Germany
20.) Patrick G Holt, Peter D Sly : Allergic respiratory disease: strategic targets for primary prevention during childhood [editorial]. *Thorax 1997,* 52 (1):1-4. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758399/pdf/v052p00001.pdf)
21.) Tinus Smits. *Das Impfschaden-Syndrom,* Narayana Verlag, 2.Auflage 2007, Germany
22.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, (http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%20 1591_1110_2010.pdf/view)
23.) Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn, Schweinegrippe*, *Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS*, *Polio*, emu-Verlag, 6. erweiterte Auflage 2010, Germany.
24.) Vortrag 2: *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*. Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D., und Dr. Patricia Kane, Ph. D., Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, (http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html).
25.) PUBLIC HEALTH. “Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collects in the Brain.” [By Roger Highfield for the Daily Telegraph, UK. Despite the US’s Institute of Medicines strong recommendation that no further research be done regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doing some nonetheless, with arguably some more “smoking gun” evidence in support of the hypothesis. This team

is in Canada.], (http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml şi http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414).
26.) www.impfschaden.info.
27.) Erik K. France, Renae Smith-Ray, MA; Davit McClure, PhD; Simon Hambidge, MD, PhD; Stanley Xu, PhD; Kristi Yamasaki, PharmD, David Shay, MD, MPH; Eric Weintraub, MPH; Alicia M. Fry, MD, MPH; Steve B. Black, MD; Henry R. Shinefield, MD; John P. Mullooly, PhD; Lisa A. Jackson, MD, MPH; for the Vaccine Safety Datalink Team: *Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006. (http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205855).
28.) Marin Gh. Voiculescu, *Boli Infecțioase,* vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1990-
29.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, *op. cit.*
30.) O. Mansoor, , P..I. Pillans: *Vaccine adverse events reported in New Zealand 1990- 1995*. The New Zealand Medical Journal (http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/9269289).
31.) Aventis Pasteur MSD: Hexavac Produktmonographie 2000, (http://www.individuelle-impfentscheide.de/index.php/stellungnahmen-mainmenu-13/26-impfstoffsicherheit-in-deutschland).
32.) L. A. Thompson, M. Irigoyen, L. A. Matiz, P.S. La Russa et al., *The Impact of DTaP-IPV-HB Vaccine on Use of Health Services for Young Infants.* (Division of General Pediatrics, University of Florida, Gainesville, FL 32608, USA.) The pediatric Infect Disease Journal 2006 Sep;25 (9):826-831. Division of General Pediatrics, University of Florida, Gainesville, FL 32608, USA. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16940842)
33.) Jim P. Buttery, FRACP; Anna Riddell, MRCPCH; Jodie McVernon, PhD; Tracey Chantler, RN; Laura Lane, RN; Jane Bowen-Morris, RN; Linda Diggle, MSc; Rhonwen Morris, MPH; Anthony Harnden, FRCPCH; Steven Lockhart, DM; Andrew J. Pollard, PhD; Keith Cartwright, FRCPath; E. Richard Moxon, FRCPJ: *Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal –Meningococcal Vaccine in Infants:A Randomized Controlled Trial*. JAMA 2005, 293 (14): 1751-1758. (http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200691).
34.) A. Zott, *Fűr un Wieder von multikomponenten Impfstoffen.* Bundesgesundheitsblatt 1997, 12:498-501, publiziert am: 1.12.1997**,** Autor: A. Zott, Quelle: Springer-Verlag, 1997, DOI: 10.1007/BF03042935, (http://www.springermedizin.de/fuer-und-wider-von-multikomponenten-impfstoffen/34774.html).
35.) M. Jorge, M. D. Quinonez, *Pediatric Infectious Disease Issues*: *Smallpox, Combination Vaccines and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. ("New Combination Vaccines for Childhood Diseases"). American Academy of Pediatrics (AAP) Annual Meeting November 2003, New Orleans, Louisiana. (http://www.medscape.com/viewarticle/466494).
36.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010. (http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view).
37.) Erika Von Mutius : "*Asthma and allergies in rural areas of Europ*e", *Proceedings of the American Thoracic Society* 2007; 4: 212-16.(University Children's Hospital, Munich, Germany). (http://pats.atsjournals.org/content/4/3/212.full.pdf+html).
38.) L. Gherasim. *Medicină internă. Bolile aparatului respirator şi aparatului locomotor*, vol.1., Editura Medicală, Bucureşti, 1998.
39.) J. D. Cherry, R. D. Feigin, L. A. Lobes Jr, P. G. Shackelford, "Atypical measles in children previously immunized with attenuated measles virus vaccines", *Pediatrics,* 1972, Nov; 50(5):712-7.

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5084185); V. A. Fulginiti, J. Eller, A. W. Downie, C. H. Kempe, "Altered reactivity to measles virus", *Jama*, 18 Dec. 1967;202 (12):1075-80. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6072745).

40.) Chen Qing, Daniel T. Fisher, Kristen A Clancy, Jean-Marc M. Gauguet, Wan-Chao Wang, Emily Unger, Stefan Rose-John, Ulrich H von Andrian, Heinz Baumann & Sharon S Evans et al., "Fever-range thermal stress promotes lymphocyte trafficking across high endothelial venules via an interleukin 6 transsignaling mechanism", *Nature Immunology* 7, 1299 – 1308 (2006). (http://www.nature.com/ni/journal/v7/n12/full/ni1406.html).

41.) Ivan Blumenthal, "*What Parents think of fever*", *Family Practise* 1998; 15:513-18. (http://www.straightdope.com/columns/read/2924/why-do-babies-run-a-fever-when-teething-or-do-they).

42.) F. Shann, *"Antipyretics in severe sepsis", Lancet*, 11 Feb 1995; 345(8946):338 (Intensive Care Unit, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia). (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7845113).

43.) Dr. med. Burke A. Cunha, *"Should fever be treated in sepsis?",* in *The Sepsis Text*, Springer 2002. (http://www.draloisdengg.at/zitate/48.htm)

44.) Tonia Jones, T. Steven, J. Jacobsen, "*Comment on Chilhood Febrile Seizures: Overview and Implications*", *International Journal of Medicine and Medical Sciences* 2007, ISSN 1449-1907 www.medsci.org 2007 4(5):247-248. (http://medsci.org/v04p0247.pdf).

Capitolul 2

Cum au dispărut epidemiile în lume. Apariția primelor “vaccinuri”: prevenție sau experiment?

Rezumat

Marile epidemii care decimau populația în trecut (lepra, ciuma, holera ş. a.) au dispărut din cauza îmbunătățirii condițiilor de viață, a introducerii canalizărilor de apă, a toaletelor, prin dezinfecția apei de băut şi, în general, prin dezvoltarea socio-economică a țărilor lumii, ***fără să fi existat vreodată un vaccin împotriva lor****.*

În cazul altor boli infecțioase, “ale sărăciei”, precum tuberculoza, difteria, variola şi tusea convulsivă, legătura dintre îmbunătățirea condițiilor de trai şi regresia acestor boli a putut fi dovedită, dar mai anevoios. Însuşi renumitul Dr. Buchwald recunoaşte că “timp de 20 de ani a strâns dovezi şi a investit o mare sumă de bani pentru investigațiile necesare ca să poată răspunde la întrebarea: cum au dispărut epidemiile în lume?”[1]. ***Vaccinurile şi statistica legată de dispariția epidemiilor nu a putut explica acest fenomen. Graficele arată exact contrariul****. Pentru studiile sale, Dr. Buchwald a luat în calcul următoarele date: apa de băut şi cea reziduală, numărul de băi/familie în Germania, numărul de locuințe, suprafața locuinței/persoană, folosirea săpunului etc. Cu toate îmbunătățirile civilizației, mai lipsea “un element important care-i scăpa”. Cel care l-a ajutat, a fost englezul Thomas McKeown, profesor la Medicina Socială de la Universitatea din Birmingham şi care a arătat că motivul principal al regresiei acestor boli infecțioase a fost în primul rând “dorința unui trai bun al oamenilor”, în speță a hranei.* ***Ca urmare, regresia marilor epidemiilor a început cu 200 de ani în urmă,***

[1] Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst,* emu-verlag, 4.Auflage 2008, Germany, 194.

înainte de a fi introdus orice fel de vaccin. *Cauza principală (fără să fie neglijată îmbunătățirea condițiilor de locuit şi a apei de băut) a fost* ***combaterea foamei****. Doar o dată cu dezvoltarea agriculturii, a producerii unei cantități suficiente de hrană pentru întreaga populație, începând cu sec. XVIII, pentru marea majoritate a oamenilor foamea era de domeniul trecutului. În Germania, Friedrich der Grosse (1740-1786), a introdus cultivarea cartofului pe arii extinse. În țările din sud, cultivarea porumbului a jucat acelaşi rol. Curând după terminarea celui de-al doilea război mondial, s-a ajuns, atât în Germania, cât şi în întreaga Europă de Vest, la un nivel de trai care nu s-a atins niciodată în lume. În aceste condiții, frecvența bolilor infecțioase, "ale copilăriei", au început să dispară în Europa de Vest. Faptul că foamea are o legătură evidentă cu "bolile copilăriei" pare greu de crezut, fiindcă oamenii din ziua de azi nu se mai pot pune în situația celor din trecut. Dr. Buchwald îşi aminteşte că, pe vremea copilăriei sale, 1/3 dintre elevi primeau "o gustare de la şcoală" şi consta în pâine şi lapte. Cu doar 60 de ani în urmă, 1/3 dintre elevii din Occident erau foarte săraci. Statisticile din Anglia, arătate de McKeown, privind regresia bolilor contagioase, sunt asemănătoare cu cele din Germania, folosite de Buchwald în cărțile sale[2].*

Despre România putem spune acelaşi lucru, cu o întârziere de câțiva ani buni…

Vaccinarea copiilor din țările africane, ca şi din alte regiuni unde populația este subnutrită, nu le aduce niciun beneficiu. Dimpotrivă, le sunt induse o serie de boli virale noi, cu care nu s-a confruntat niciodată organismul lor, şi care nu vor putea stimula un sistem imun slăbit. În schimb, vor provoca cu mare uşurință boli cronice şi o serie de complicații postvaccinale, nerecunoscute de cei care fac, cu bună ştiință, campaniile de vaccinare în masă. Oare există o diferență între copiii "de mâna a doua", pe care experimenta Jenner, în trecut, vaccinul antivariolic, şi aceşti copii din lumea a treia? Mă tem că nu.

Cu toate acestea, producătorii de vaccinuri şi corpul medical, susțin sus şi tare că vaccinurile au dus la eradicarea epidemiilor, atribuindu-şi un merit care nu este a lor.

În cele ce urmează, am descris ***modul în care a început "era vaccinurilor", în care trăim şi la ora actuală şi care cunoaşte o "înflorire" fără precedent****. Dacă primele epidemii au trecut fără să fi existat vreodată un vaccin (un fenomen deloc scos în evidență în cărțile de Epidemiologie şi de Boli Infecțioase), cele care au urmat, nu au mai cunoscut un curs firesc de dispa-*

[2] *Ibidem*, 197-198.

riție, ci, din pricina vaccinurilor, introduse de obicei în "plină epidemie", au cunoscut fluctuații, s-au răspândit uneori cu mai multă repeziciune, sau au apărut altele noi. Vaccinurilor le datorăm modificări (creşteri) importante ale indicilor de morbiditate şi mortalitate pentru bolile infecțioase, precum şi apariția unor boli şi complicații noi, necunoscute până atunci de lumea medicală: cele postvaccinale (poliomielită postvaccinală şi de contact, encefalitele postvaccinale etc.), soldate cu nenumărate decese, pentru care ar trebui să fie introdus un nou indice de statistică: cel al ***mortalității infantile postvaccinale.***

I. Epidemiile de lepră, ciumă, tifos exantematic şi holeră

Lepra a jucat un rol important în Evul Mediu, iar cunoscutele "leprosării", dintre care unele nu au fost încă dărâmate, ne mai amintesc de această boală cumplită. Lepra nu este o boală atât de contagioasă, dar incubația ei este foarte lungă şi pe vremea aceea un număr mare de oameni trăia în aceeaşi încăpere, deoarece, din cauza zidurilor care încercuiau oraşele, clădirile oamenilor nu puteau fi extinse. Epidemiile de lepră au dispărut datorită îmbunătățirii condițiilor de trai, fără să fi existat vreodată un vaccin.

Ciuma *"este o boală infecțioasă care are nevoie de un vector pentru a fi transmisă şi acela este puricele şobolanilor. În vremurile de demult, patul era un privilegiu al oamenilor bogați. Marea majoritate a oamenilor trăia în căsuțe din pământ, dormind pe fân, aşternut direct pe podea. Aici, şobolanii erau musafiri permanenți. O dată cu construirea caselor din cărămidă şi piatră, şi folosirea patului pentru dormit, în toate țările, au dispărut şi şobolanii din case. Ca urmare, epidemiile de ciumă s-au rărit. Au existat şi alte îmbunătățiri ale condițiilor de viață care au dus la regresia bolilor contagioase"*[3]. Nu a existat niciodată un vaccin pentru ciumă..

Tifosul exantematic este o boală infecțioasă acută, dată de *Rickettsia prowazekii*, şi se transmite de la om la om, prin intermediul păduchelui. În trecut, era deseori confundată cu febra tifoidă. Epidemiile de tifos erau răspândite în Europa, Asia, Africa şi America. Agentul etiologic a fost descoperit doar în 1916. Clinic, se manifestă cu febră, stare tifică, erupție macu-

[3] G. Buchwald, *op. cit.*,194.

lo-peteşială, tulburări circulatorii şi nervoase[4]. Tifosul mai este prezent în câteva zone endemice din Asia, Africa, Mexic, America de Sud şi America Centrală. *Incidența bolii este în scădere continuă pe întregul glob, datorită îmbunătățirii condițiilor de trai,* iar pediculoza o mai găsim doar la anumite categorii de oameni. Este şi motivul pentru care, la ora actuală, mai sunt doar cazuri sporadice. În România, nu s-au mai relatat cazuri după 1945[5].

Exemplu: între anii 1870-1964, statisticile din Hamburg/Germania privind *mortalitatea infantilă dată de tifos, variolă şi holeră* arată o creştere a cazurilor până în anul 1892, când avem un "vârf", iar din acest moment curba scade destul de repede, înregistrând încă două "vârfuri": unul mic, în timpul primului război mondial, şi altul, mai mare, în timpul celui de-al doilea război mondial. În 1956, mortalitatea infantilă scăzuse mult, fiind sub 2%. *"Dacă în 1982, un «om de ştiință» ar fi descoperit un vaccin, acum, în piața primăriei din Hamburg, ne-am uita la statuia acestuia"*, spune Buchwald. Nu a fost însă vorba de o descoperire a Medicinei, ci de începutul unui proces de filtrare a apei de băut, din râul Elba. De atunci, frecvența holerei, a tifosului şi a variolei a scăzut. Acelaşi lucru îl putem spune şi despre poliomielită, lucru recunoscut şi de către autoritățile sanitare *("Gesundh.-Wes."54, S.714, 1992): "Una dintre măsurile care au dus la regresia epidemiei de poliomielită a fost igienizarea apei de băut şi a celei deversate"*[6].

II. Apariția primelor "vaccinuri": prevenție sau un experiment fatal? Cui se datorează eradicarea variolei?

1) Apariția primelor vaccinuri este strâns legată de apariția epidemiei de variolă

Nu se cunoaşte data primei epidemii de variolă, dar se ştie de existența unor astfel de *epidemii încă din Evul Mediu,* când izbucneau, cel mai frecvent, în oraşele mari. Primele epidemii au apărut, cel mai probabil, în Asia (India şi China), iar apoi s-au răspândit şi în Orientul Mijlociu, Africa, Europa, America de Nord şi în sec. al XVI-lea în Mexic[7]. Începând cu sec.

[4] Gh. M. Voiculescu, *Boli Infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1990, 656.
[5] *Ibidem*, 657.
[6] G. Buchwald, *op. cit.*, 196.
[7] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* 89.

XVIII, se cunosc mai multe date despre aceste epidemii, care cuprindeau mii de oameni, cu numeroase cazuri de deces. Epidemiile apăreau în valuri, după care urmau pauze de zeci de ani. Nu se cunoşteau atunci motivele dispariției epidemiilor[8].

Cea mai veche formă de profilaxie în variolă (aşa-zisa "variolizare"), prin inoculare intranazală sau intracutanată de cruste, a fost utilizată de milenii în China, apoi introdusă şi în Europa, în 1674[9].

Pentru prima dată se vorbeşte despre complicații "postvaccinale", corect spus "post-variolizare", la începutul sec. XVIII, în Europa, când, în anul 1714, medicul grec Timoni începe în Constantinopol "vaccinarea" a mii de oameni, folosind această formă de vaccinare primară, numită "variolizare". Tehnica era simplă: cu ajutorul unui ac era înțepată pustula unui om bolnav care suferea de o formă uşoară de variolă, iar conținutul purulent, denumit şi "limfă vaccinală", era aplicat pe pielea omului sănătos, după o scarificare superficială. Scopul era de a provoca o formă uşoară de boală, pentru a preveni ulterior o formă gravă de variolă. În curând au apărut şi efectele negative postvaccinale: între cei care se îmbolnăveau după "vaccin" erau multe cazuri grave, inclusiv decese. Oriunde era folosită o asemenea tehnică, apăreau cazuri noi de boală, iar în următorii ani au murit, doar la Londra, 25.000 de oameni "vaccinați"[10].

2) Noul "vaccin" provocă focare endemice şi epidemice

Când "variolizarea" a fost introdusă şi în Weimar/Germania, în 1781, de către medicul Hufeland, a izbucnit o epidemie gravă de variolă, soldată cu numeroase cazuri de deces. Epidemii asemănătoare, au izbucnit şi la Hamburg şi Berlin, în anii 1794 şi 1795, după introducerea noului vaccin, numit şi "dermovaccin". Este motivul pentru care s-a oprit orice altă "vaccinare" în celelalte oraşe din Germania, fiind chiar pedepsită în mod legal o astfel de tentativă[11].

3) Dermovaccinul lui Jenner – o confuzie fatală

"La sfârşitul sec XVIII, un medic englez de la țară, Edward Jenner (1749-1823), descoperă o altă modalitate de vaccinare, cu care credea că va

[8] G. Buchwald, *op. cit*., 19.
[9] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 89.
[10] G. Buchwald, *op. cit*., 20-21.
[11] *Ibidem*, 21.

putea preveni variola la oameni”[12]. Pentru a înțelege gândirea lui Jenner, trebuie cunoscute câteva aspecte legate de boala variolică la om şi la animale. Astăzi se ştie că există mai multe virusuri care fac parte din aceeaşi familie (*Poxviridae*), iar bolile provocate sunt diferite:

a) *Variola* este o boală infecto-contagioasă provocată de virusul variolei (*Poxvirus variolae*) *şi o fac doar oamenii şi maimuțele*. Ea nu se transmite şi la alte animale[13].

b) *Vaccina* sau *cowpox* este o boală specifică bovideelor (greşit denumită în trecut şi “variola bovideelor”), cauzată de virusul cowpox (*Poxviridae bovis*)[14]. Vaccina sau cowpox se poate transmite şi la om, dar *este total diferită de variolă*. Până aici este corect ce scrie în literatura de specialitate, dar din acest punct apar divergențele, iar medicina, inclusiv cartea de *Boli Infecțioase* din care am citat, nu recunosc ceea ce a urmat, mai ales confuziile făcute de Jenner. *În “experimentul” lui, Jenner a confundat virusul cowpox, specific bovideelor, cu virusul variolic, specific omului.* ***El a crezut că, folosind virusul bovideelor pentru “vaccin”, poate preveni variola la om, ceea ce este imposibil***. Din acest motiv, Jenner nu a putut sintetiza un vaccin care să prevină variola la om. Ceea ce a urmat era inevitabil: experimentul lui a dus la multe decese, pe care nu le-a recunoscut niciodată (confuzia nu a fost recunoscută nici în mod oficial, deşi au trecut de atunci 200 de ani)[15].

c) *paravaccina* (nodulul mulgătorilor) este determinată de un virus ADN (*Poxvirus paravaccinae*), care se transmite la om de la bovinele bolnave şi are o evoluție favorabilă, tratamentul fiind doar unul simptomatic[16].

d) *alte tipuri de virusuri din această familie,* care se pot transmite de la animal la om, şi care provoacă ocazional boli (zoonoze), diferite de variolă[17].

Jenner credea că oamenii, care fac o formă uşoară de vaccină, luată de la vaci, erau feriți de variolă. Astăzi se ştie că nu este adevărat, iar una nu o poate preveni pe cealaltă. El a folosit drept “vaccin” conținutul unui nodul infectat, denumit “limfă vaccinală*”,* de la o femeie bolnavă de vaccină (sau cowpox, boală transmisă de la vaci, dar diferită de variolă), pe care apoi a “inoculat-o” la oameni voluntari, sănătoşi. Este o formă de *dermovaccin, de la om la om*.

[12] *Ibidem*.

[13] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* 90.

[14] *Ibidem*, 106.

[15] G. Buchwald, *op. cit*., 21.

[16] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*.,108.

[17] *Ibidem*. [Ultimele două exemple (c şi d) nu sunt importante în acest context, dar le-am amintit pentru a evidenția varietatea acestei grupe de virusuri, de care nu ştia Jenner la vremea sa (n. n.)]

Ulterior a folosit şi "limfă vaccinală" direct de la vaci, inoculând-o la oameni sănătoşi, fiind un *dermovaccin pentru animale, dar administrat la om* – o greşeală fatală. La locul inoculării apăreau imediat pustule, cu conținut purulent, din care Jenner colecta material şi-l folosea în continuare pentru "vaccinarea" altor oameni voluntari. La început a separat cele două tipuri de vaccinuri – umane şi bovine –, ca apoi să le amestece. În felul acesta l-a vaccinat în anul 1790 pe fiul său, în vârstă de 10 luni. Opt ani mai târziu îi vaccinează şi pe un băiat de 5 ani şi pe o femeie însărcinată în 8 luni. Cei doi copii şi femeia gravidă au fost primele sale victime. Inevitabil au apărut complicații mari. La fiul lui apare imediat după vaccin un regres în dezvoltarea psihică (fiind încă sugar) şi va muri la vârsta de 21 de ani, cu retard psihic grav. Băiatul de 5 ani – John Baker – a murit la scurt timp după vaccin, iar femeia însărcinată în 8 luni a simțit că, din ziua a 23-a de la vaccin, copilul "nu se mai mişcă", şi după alte 12 zile îl naşte mort, pielea acestuia fiind acoperită cu pustule, asemănătoare celor din cowpox/vaccina. Deşi mulți au făcut legătura între vaccinul lui Jenner şi cele două decese postvaccinale – al lui John Baker şi al nou-născutului –, nu s-a pus şi moartea fiului lui Jenner pe seama vaccinului. Cu toate că a fost un experiment fatal, Jenner trimite noul său "vaccin" (amestec de "limfă vaccinală umană şi bovină") la toate curțile de boieri din Anglia, iar în decurs de 18 luni reuşeşte să trimită încă 20.000 de "doze de vaccin" în străinătate. Boierii din Anglia folosesc acest vaccin în special la copiii orfani, de la care colectează alte "doze", pe care le trimit apoi în țară şi în străinătate. În felul acesta rezulta un "amestec de vaccin" pe care apoi îl copiază mulți alții: medici, farmacişti, moaşe, pastori, frizeri etc., fără să existe o distribuție legală a "dermovaccinului". Rezultă diferite amestecuri de "limfă" ("vaccin"), iar în final se poate vorbi de *un experiment care scapă de sub control*. Pentru prima dată apare în anul 1807 o "lege" a vaccinării în Landul german Hessen, iar apoi şi în Bavaria. La sfârşitul vieții sale, Jenner este martor la mai multe epidemii de variolă în Anglia. Acum se constată faptul că cei "vaccinați" de el nu erau deloc feriți de adevărata variolă. Se spune că Jenner a fost chinuit la sfârşitul vieții sale de gândul dacă a făcut un bine sau un mare rău[18].

4) Cele 5 "crize" ale vaccinului antivariolic[19]

Nereuşita primului 'vaccin', respectiv a variolizării prin "inoculare", preluată din Orient, a fost desemnată în istorie ca fiind **prima criză** a vaccinului

[18] G. Buchwald, *op. cit.*, 22.
[19] *Ibidem, op. cit.,* 22-24.

antivariolic, cu toate că experimentul aplicat omenirii a fost unul total greşit. **Cea de-a doua criză** a fost insuccesul lui Jenner. În majoritatea cazurilor au fost vaccinați copii orfani, de la care apoi se colecta limfă şi se crea noul vaccin (vaccin de la om la om). Ulterior s-a constatat cu mare îngrijorare că s-au transmis prin această tehnică toate bolile cu transmitere sanguină, cea mai gravă fiind sifilisul. Din acest motiv, vaccinul trebuia să conțină de acum încolo doar material bovin. În curând s-a constatat însă că oamenii inoculați cu acest vaccin nu erau feriți deloc de adevărata variolă (în realitate erau două tipuri de virusri total diferite). Lucrul acesta era ascuns în mod voit, fiind vehiculat un neadevăr: vaccinarea cu material bovin previne o formă gravă de variolă la om, nu însă şi o formă uşoară de boală. S-a inventat chiar şi un termen nou pentru respectiva formă uşoară de boală: *Varioleus*. Tehnica folosită era următoarea: vițeii erau raşi la nivelul abdomenului, erau făcute sute de scarificații superficiale, unde erau inoculate virusurile. La locul inoculării se formau o serie de abcese (colecții cu puroi), din care se recolta "limfa vaccinală". Animalele erau apoi legate în aşa fel încât să nu se poată culca şi ultimele lor zile de viață erau un adevărat chin. Toate erau omorâte, motiv pentru care se auzeau tot mai multe voci care cereau ocrotirea animalelor. De asemenea, tot mai mulți oameni luau apărarea copiilor orfani, care nu puteau fi considerați oameni de "mâna a doua", pe care să se facă experimente. Mai târziu, această perioadă a fost denumită **cea de a treia criză** a vaccinului antivariolic. **Cea de-a patra criză** a fost perioada de după primul război mondial, când au fost recunoscute pentru prima dată complicațiile neurologice ale "vaccinului", prin leziunile pe care le provoca la nivelul creierului. Profesorul Lucksch din Praga este cel care descrie această complicație ca fiind o *"encefalită postvaccinală"*[20]**.** Ulterior această afecțiune va fi recunoscută ca fiind o complicație dată, atât de dermovaccinul descris anterior, cât şi de ovovaccin (apărut mai târziu, fiind un vaccin cultivat pe ou embrionat). A urmat şi cea **de-a cincea criză**, provocată de proaspetele cunoştințe aduse de o nouă ştiință medicală: *Virusologia.* Medicii au constatat că în aşa-zisul "vaccin antivariolic" nu exista nici poxvirusul bovin şi nici virusul variolei umane, ci un alt virus, nou şi necunoscut până atunci, denumit ulterior *Poxvirus Vacciniae*. S-a ivit un adevărat scandal între medici. Unii au presupus că, "prin cultivarea virusului variolic", acesta a suferit o mutație genetică şi s-a transformat în alt virus.[21]Această variantă o găsim şi în cartea de *Boli Infecțioase* (Dr. Voiculescu) din Bucureşti: *"Virusul vaccinal (Poxvirus officinale) este o*

[20] *Ibidem*, 23.

[21] *Ibidem.*

mutantă a virusului cowpox (poxvirus bovis)*"*[22]. Alții susțineau că este vorba de două virusuri total diferite. *Astăzi se ştie că nu este posibilă producerea unui vaccin antivariolic din poxvirusul bovin,* dar nu s-a schimbat nimic în declarațiile oficiale, fiind menținut acelaşi neadevăr despre vaccinul variolic. Asta dovedeşte faptul că toți "cercetătorii" din trecut, inclusiv Jenner, care au crezut că au creat un vaccin din poxvirusul bovin, s-au înşelat. Concluzia tristă este că *"timp de peste 100 de ani copiii noştri au fost vaccinați cu un vaccin care conține un virus ce nu există în natură şi a cărui proveniență nu este cunoscută, pierzându-se într-un trecut îndepărtat…"*[23].

5) Vaccinul antivariolic fals (*Poxvirus vacciniae*) nu a putut duce la eradicarea variolei, dar a provocat noi epidemii

În Germania. Aici, există, începând cu anul 1816, o statistică a deceselor provocate de variolă care arată că vaccinul antivariolic (fiind vorba de un vaccin fals, dar nu se ştia atunci) nu a influențat deloc mortalitatea, în sensul că nu a dus la reducerea acesteia. Datorită numeroaselor decese provocate de epidemia din anii 1870-1871 (din timpul războiului), statul german a impus o *revaccinare obligatorie a populației*. Această nouă lege, prin care populația este obligată să se vaccineze, este introdusă în Germania în anul 1874 şi aplicată începând cu 1.IV.1875, prin vaccinarea tuturor copiilor în vârstă de 12 ani. Se pune întrebarea: *De ce a izbucnit epidemia de variolă în perioada 1870-1871, ştiind că de fapt aproape întreaga populație era deja vaccinată?* S-a observat că, de fiecare dată, primele cazuri izbucneau în rândul soldaților francezi, care şi ei fuseseră vaccinați, dar trăiau în condiții igienice foarte precare, în lagărele de prizonieri. După terminarea războiului, soldații francezi au fost urgent repatriați şi cazurile de variolă au scăzut drastic[24]. Graficul[25] (**Fig. 1**) arată cum pe parcursul a 10 ani (1865-1875) nu a fost influențată mortalitatea, deşi populația fusese vaccinată. Pe grafic se mai observă că revaccinarea obligatorie, aminitită anterior, a fost introdusă când deja era în scădere mortalitatea dată de boală. Oficial, desigur că se spune cu totul altceva… Cu toate că populația germană a fost vaccinată de două ori, au existat mereu noi cazuri de va-

[22] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 107.

[23] G. Buchwald, *op. cit*.,.24.

[24] *Ibidem*.

[25] *Ibidem,* 26 ("*Pocken und Impfstatistyck im Hdb. Der Pockenbekämpfung und Impfung von Lenz und Gins,* Berlin 1927").

riolă, în special în Prusia şi în Sachsen. Acest lucru dovedeşte *ineficiența vaccinului*[26] sau mai corect spus, "*un vaccin fals*".

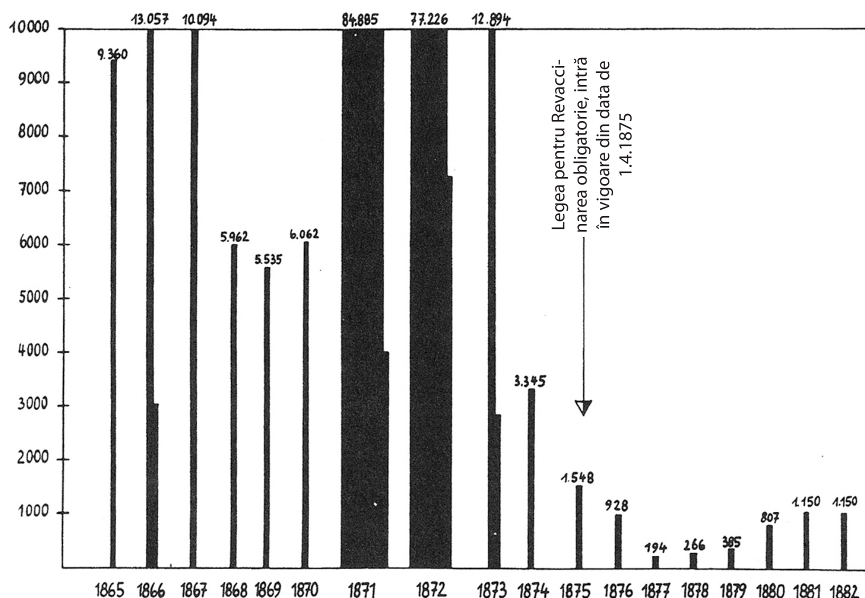


Fig. 1. Cazurile de mortalitate provocate de variolă în Germania Federală, după Berger: Variola și statistica bolii în urma programului de vaccinare obligatorie împotriva variolei, Berlin 1927 (von Lentz u.Gins).

Deşi s-au folosit pentru vaccin şi alte culturi de celule (pe ou embrionat etc.), pentru evitarea scandalurilor apărute din cauza animalelor sacrificate, nu s-a schimbat nimic esențial în compoziția şi mai ales în "eficiența" vaccinului.

După război, au continuat să apară în Germania noi cazuri de variolă, pe care dr. Buchwald le-a numit "cele 11 valuri de variolă":

- 6 cazuri în 1947, dintre care 5 au fost vaccinați;
- 1 caz în 1957, vaccinat;
- 20 cazuri de îmbolnaviri în 1958/59, dintre care 19 au fost vaccinați; 2 pacienți au murit;
- 4 cazuri în 1961, apărute la oameni vaccinați, dintre care unul a decedat;
- 34 de îmbolnăviri în 1962, toate după vaccin, dintre care 1 caz mortal;
- 2 cazuri în 1965, la adulți care au fost vaccinați în copilărie;
- etc.

[26] G. Buchwald, *op. cit.,* 26.

De reținut este faptul că **peste 90% din cei care s-au îmbolnăvit sau au murit, au fost vacinați.** Cei nevaccinați şi care s-au îmbolnăvit (2 cazuri) erau rude apropiate.

Cu toate acestea, se continuă vaccinarea în masă şi se creează o adevărată panică atunci când se anunță că vor fi vaccinați 100.000 de oameni. Este momentul când Dr. Buchwald îşi propune eşuarea unei astfel de campanii. În emisiunea "Report" de la Televiziunea din Stuttgart, din 2.II.1970, Dr. med. G. Buchwald atrage atenția asupra pericolului acestui vaccin din cauza căruia doi oameni au murit. La sfârşitul reportajului său, Dr. Buchwald a mai afirmat că *"asistenta Barbara Berndt din Meschede nu a murit din cauza variolei, ci a vaccinului"*, motiv pentru care a fost atacat în mod dur de către un jurnalist medical, Dr. Wehren. Nu era pentru prima dată când Dr. Buchwald era amenințat de jurnalişti, şi mai ales de către medici[27]. *Efectul a fost că a scăzut drastic vaccinarea, procentul celor vaccinați fiind sub 10% (23.000 din 100.000). Între cei nevaccinați, în număr de 270.000, nu s-a îmbolnăvit niciunul de variolă!* [28]

La cel de-al 11-lea Congres al O.M.S., din 1958, s-a vorbit despre un "program de eradicare al variolei în decurs de 4 ani". Fiindcă în continuare izbucneau numeroase cazuri de variolă, programul s-a prelungit la 10 ani, vaccinarea în masă împotriva variolei făcându-se în anii 1952, 1957, 1958, 1963, 1967, 1973 şi 1974. Cu toate acestea, se declarau mereu noi cazuri de variolă. *După fiecare campanie de vaccinare în masă, creştea incidența variolei*. În cele din urmă, O.M.S. a "învățat" din aceste greşeli şi a "modificat" programul de eradicare a variolei. Nu se mai efectua o vaccinare în masă, ci una "controlată**":** doar la persoanele care veneau în contact cu bolnavul de variolă. Toți contacții erau izolați şi toate obiectele şi casa lor erau dezinfectate. *"Doar după ce OMS a făcut legătura între izbucnirea cazurilor de variolă şi condițiile precare de igienă, şi a luat măsurile necesare de igienizare, s-a observat o scădere a incidenței bolii"*[29].

După mai multe emisiuni TV, realizate la Stuttgart, în care Dr. Buchwald vorbeşte pentru prima dată de "encefalita postvaccinală", *sugarii nu mai sunt vaccinați în Germania, împotriva variolei*. Se observă, de asemenea, pe zi ce trece, o reticență tot mai mare la vaccinul antivariolic. În 10 iulie 1973, în urma invitației făcute de către Autoritățile "Sănătății Publice", Compartimentul "Igiena Mediului şi Centrul Epidemiologic", Dr. Buchwald va ține renumitul

[27] *Ibidem*, 24-26.
[28] *Ibidem*, 28-55.
[29] *Ibidem*, 53-54.

său referat despre inutilitatea vaccinului antivariolic, afirmând în final: *“**Oare poate un vaccin care conține virusul vaccinal (cu un virus necunoscut) să prevină variola dată de alt virus, şi anume virusul variolic vera (adevărat)?**”*. După acest referat, a scăzut drastic rata vaccinărilor în masă a copiilor şi, în cele din urmă, se va renunța la obligativitatea acestui vaccin în Germania, în 1983. *“Făcând o evaluare a numărului de oameni care nu s-au vaccinat (270.000), s-a constatat că nu a existat niciun caz de variolă!”*[30].

Cu toate că din anul 1970 sugarii nu mai sunt vaccinați împotriva variolei, cazurile de boală sunt tot mai rare, la fel şi cazurile de “encefalite postvaccinale”. Cum se explică acest lucru? Medicina nu a găsit niciun răspuns, deşi este cât se poate de evident: oprirea vaccinurilor a dus la scăderea cazurilor de îmbolnăviri, inclusiv a encefalitei postvaccinale. La copilul vaccinat, encefalita nu este evidentă de la naştere, ci doar la vârsta de 3-4 ani, când devin evidente anumite tulburări neurologice sau psihice precum tulburări de vorbire, de comportament etc. Deşi Medicina nu mai recunoaşte, după o perioadă atât de lungă, faptul că encefalita ar putea fi o complicație postvaccinală, nu ar fi fost greu de calculat numărul de encefalite infecțioase provocate de variolă înainte de 1975, când încă erau vaccinați sugarii, şi după 1976, când s-a sistat vaccinarea[31].

Deşi “se spune că variola a fost eradicată în anul 1977, ultimul bolnav de variolă din lume fiind un om din Somalia”[32] (bucătarul somalez, Ali Moaw Maalin), se ascunde în continuare adevărul: vaccinarea în masă nu a contribuit la eradicarea (dispariția) variolei în lume. De abia acum, când nu mai era vaccinat nimeni, se putea vorbi despre complicațiile postvaccinale. Dr. Theodor Nasemann, dermatolog din Hamburg, descrie cele mai grave complicații postvaccinale: “encefalite, bronşiectazii, boli de colecist şi mai ales tumori canceroase ale pielii la locul vaccinării”[33].

În România, vaccinarea antivariolică a fost introdusă în anii imediat următori după descoperirea lui Jenner, fiind apoi legiferată. Imunitatea postvaccinală era apreciată la cel puțin 3 ani. Vaccinarea primară se efectua în mod uzual la toți copiii, în al doilea an de viață iar revaccinarea se efectua conform unui “calendar de vaccinări”: la intrarea în şcoală şi apoi la interval de 7-10 ani. Dintre complicațiile vaccinului antivariolic, literatura de specialitate, enumerează câteva, dar cu specificarea că “ele sunt foarte rare”: re-

---

[30] *Ibidem*, 55.

[31] *Ibidem*, 56.

[32] Gh. M Voiculescu, *op. cit*., p. 89.

[33] Th. Nasemann, NATUR 11/88, 107

acții locale şi generale puternice, exantemul postvaccinal, vaccina localizată, keratita vaccinală, vaccina de autoinoculare, vaccina generalizată, vaccina hemoragică sau gangrenoasă, suprainfecțiile bacteriene ale vaccinei şi encefalita postvaccinală. Aceasta din urmă constituie complicația cea mai gravă a vaccinului antivariolic. În România s-a renunțat la vaccinarea antivariolică în 8 mai 1980, după recomandările O.M.S. Ultima epidemie de variolă din țara noastră a apărut în cursul primului război mondial (1918)[34]. De ce? Răspunsul îl putem deduce din concluziile lui Buchwald: apariția epidemiilor în timpul războaielor mondiale are legătură cu lipsa condițiilor de igienă elementară, la care se adaugă vaccinarea în masă[35].

În prezent, se spune că variola este eradicată pe întregul glob. Cea de-a 33-a Adunare a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) *"declară, în mod solemn, că planeta şi toate popoarele sale au fost eliberate de variolă [...], o realizare fără precedent în istoria sănătății publice"*[36].

Aşa să fie? Valurile epidemice pot reapărea în condiții de război şi, aşa cum au constatat oameni de ştiință din Occident, vaccinarea în masă nu a avut şi nici nu va da rezultate în cazul epidemiilor de variolă. Soluția va fi doar o îmbunătățire a condițiilor de viață.

Conform Recomandărilor OMS din 8 mai 1980, se încetează vaccinarea antivariolică, cu excepția celor care lucrează în condiții de risc[37]. Ne întrebăm însă dacă aceşti oameni "cu risc", fiind vaccinați, nu vin şi ei în contact cu oameni sănătoşi, nevaccinați? Pe de altă parte, vaccinarea antivariolică este menținută de unele state în forțele armate. Din nou se pune aceeaşi problemă…

Conservarea virusului variolic se face în două laboratoare speciale, respectiv în SUA. şi în Rusia, în condiții de strictă izolare şi de control internațional, prin decizia O.M.S. Astfel se doreşte a fi evitate noi cazuri de îmbolnăvire, cum au fost cele două cazuri de variolă din anul 1978 în laboratorul din Birmingham, Anglia, dintre care unul mortal. Ca măsură de prevedere, O.M.S. are un stoc de rezervă de 200 de milioane de doze de vaccin antivariolic, pe lângă stocurile adiționale ale fiecărei țări, precum şi sămânța de virus vaccinal[38].

[34] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 89-104.
[35] G. Buchwald, *op. cit.,* 55.
[36] Rezoluția O.M.S., 8 V 1990, Geneva.
[37] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 104.
[38] *Ibidem*, 92.

III. Difteria. Vaccinul antidifteric. Dispariția epidemiilor de difterie

1) Difteria

- Este o boală infecțioasă şi contagioasă, provocată de bacilul *Corynebacterium Diphteriae*, prin intermediul **toxinei difterice**. *Bacilul difteric* – denumit şi *bacilul Löffler* după autorul care l-a descoperit – este un bacil gram-pozitiv, care, local (piele, mucoase), provoacă o depunere de fibrină, formând cunoscutele pseudomembrane (membrane false), dar de importanță majoră pentru patologie sunt *toxinele* şi *alergenele*, eliminate de bacil şi care afectează în special miocardul şi sistemul nervos[39].

- Bacilul rămâne cantonat la poarta de intrare (mucoase: faringo-amigdaliană, laringiană, nazală, conjunctivală, anogenitală; plăgi tegumentare etc.), unde se multiplică şi provoacă o inflamație locală şi *membrane false* (formate din celule necrozate şi fibrină, fiind de culoare alb-cenuşie sau brună, uneori hemoragice, şi pot cuprinde istmul faringian, mucoasa nazală, laringele, iar uneori întregul arbore respirator). Cu toate acestea, bacilul nu are nicio putere invazivă, ci *numai exotoxina foarte puternică* pe care o difuzează în organism şi care provoacă fenomene toxice la distanță, ce alcătuiesc tabloul clinic al difteriei[40].

- Difteria este răspândită pe întregul glob; în regiunile tropicale, majoritatea infecțiilor sunt inaparente şi cutanate, iar în regiunile temperate domină angina şi crupul difteric sever (laringita difterică); *“în ultimul timp, s-a remarcat un fenomen de deplasare a morbidității date de difterie spre grupele mai mari de vârstă, din cauza vaccinurilor antidifterice (DTP), care se fac în prima copilărie”*[41].

- *Receptivitate şi imunitate:* copiii născuți din mame imune au anticorpi care-i feresc de boală, timp de 4-6 luni (imunitate pasivă, de la mamă); în populație, starea de imunitate activă rezultă după infecții latente; *Testul Schick* ne arată starea de receptivitate (test pozitiv) sau de imunitate (test negativ) față de difterie: *când testul este negativ, există imunitate față de infecție*, prin existența în sânge de antitoxină difterică, cu un titru de peste 0,03 U.A.I./ml[42]. Cu toate acestea, Medicina recunoaşte faptul că un test

[39] G. Buchwald, *op. cit.,* 104.
[40] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 229-233.
[41] *Ibidem*, 231.
[42] *Ibidem*, 232.

negativ, adică o imunitate certă, conform titrului de anticorpi, *"nu constituie o siguranță absolută de rezistență față de difterie;* ***infecția difterică se poate produce chiar în prezența unui titru antitoxic protector, mai ales cu tulpini foarte toxigene"***[43]. Acelaşi lucru îl observăm şi la tetanos, când prezența de anticorpi nu dovedeşte neapărat şi o apărare față de boală. Concluzia este că *prezența anticorpilor nu înseamnă neapărat şi imunitate față de boală*, aşa cum am menționat în cap.1. Mecanismele sistemului imun sunt mult mai complexe, insuficient cunoscute. Imunitatea celulară joacă probabil un rol important în apărarea imună antitetanică şi antidifterică. Prin intermediul vaccinurilor însă, accentul se pune exclusiv pe imunitatea umorală, formatoare de anticorpi. Cu toate că există atâtea necunoscute, vaccinul combinat DTP se află "în fruntea" vaccinurilor (sugarul primeşte 4 doze de DTP până la vârsta de un an).

- *Incubația* (perioada de la infecție şi până la apariția primelor simptome) durează 2-6 zile[44].

- *Forme clinice*: angina difterică, difteria laringiană (crupul difteric), nazală, conjunctivală, otică, anală, vulvo-vaginală, cutanată[45].

- *Complicații*: miocardita difterică, paralizii sau nevrite periferice (a vălului palatin, ocular, faringiene, faciale, a nervilor, a diafragmului etc). Nevritele periferice au o evoluție favorabilă, cu retrocedare completă[46].

- *Tratament*: formele uşoare şi medii sunt tratate la domiciliu, în condiții de izolare (10 zile la cei tratați cu antibiotice, 4 săptămâni la cei netratați), bolnavii fiind lăsați cât mai mult în aer liber. La pat se țin doar copiii mici, în perioada febrilă. Formele severe şi complicate sunt spitalizate, mai ales copiii sub 2 ani[47].

2) Epidemiile de difterie au dispărut pe cale naturală, nu din cauza vaccinurilor

Difteria apare sporadic, endemic şi epidemic.

La ora actuală, deşi se spune că nu mai sunt cazuri de difterie datorită vaccinurilor, decât sporadic, totuşi apar deseori focare endemice sau chiar epidemice, fără să se cunoască cauza izbucnirii acestora: în perioadele fără

[43] *Ibidem*, 233.
[44] *Ibidem*, 235.
[45] *Ibidem*, 235-237.
[46] *Ibidem*.
[47] *Ibidem*, 250.

epidemii, purtătorii de microbi numără doar 1% din populaţie, iar în perioadele epidemice procentul acestora creşte la 50%[48].

În trecut, difteria era o boală severă, cu o mortalitate crescută, în special la copii.

În Germania, statistica mortalităţii provocate de difterie în perioada 1906-1933 ne arată că, înainte de primul război mondial, s-au înregistrat 15.000 de decese/an, ca apoi să crească în timpul războiului. După terminarea acestuia, curba verticală arată o scădere drastică a deceselor, iar în următorii 5 ani (1920-1925), deşi nu a existat niciun vaccin, mortalitatea a scăzut în continuare. De abia în 1925, când nu mai erau aproape deloc cazuri de difterie şi mai ales decese, este introdus vaccinul antidifteric. După acest moment, se înregistrează o creştere a cazurilor de boală (anul 1930)[49]. Ce se întâmplă? Când un vaccin este administrat unei populatii în care o boală infecţioasă este încă destul de frecventă, cum era şi difteria, este de aşteptat să fie vaccinaţi şi cei care sunt deja infectaţi. Or, când un copil vaccinat se află în perioada de incubaţie a bolii, în primele 7 zile, el se confruntă cu o dublă infecţie: difteria naturală, aflată în stadiul de incubaţie, şi infecţia difterică indusă artificial, prin vaccinare. Toţi aceşti copii se îmbolnăvesc grav şi sunt foarte contagioşi, infectând cu uşurinţă şi pe alţii. Este lesne de înţeles că, în asemenea condiţii, atât morbiditatea, cât şi mortalitatea cresc. Ce rezultate dezastroase a avut vaccinarea se poate observa nu doar în particular, printr-o mortalitate crescută la copii, ci mai ales în context epidemic. Graficul[50] (**Fig. 2**) arată o scădere foarte clară a incidenţei bolii până în 1925, când este introdus vaccinul antidifteric. Din acest moment se înregistrează o creştere a cazurilor de difterie, declanşându-se o adevărată epidemie, cu un apogeu în 1946. În 1926, s-au înregistrat 30.000 de cazuri de difterie, ajungând în 1937 la 147.000 de bolnavi[51], iar în 1946 s-a atins apogeul de 153.335 de cazuri (vaccinarea era obligatorie sub conducerea lui Hitler). După aceea, o dată cu terminarea celui de-al doilea război mondial, se înregistrează o scădere constantă până în 1970. Interesant este faptul că în doar 5-6 ani (1946-1952), când nu s-a făcut deloc vaccinarea, a scăzut numărul de cazuri la 20.905, deci cu 86%! Unul dintre motive este şi acela că, după războiul pierdut de către armata germană, din lipsă de fonduri, nu s-a mai putut continua vaccinarea[52].

[48] G. Buchwald, *op. cit*., 104.

[49] *Ibidem*, 105.

[50] *Ibidem*.

[51] Simone Delarue, *Impfschutz:Irrtum oder Lűge*?, 3.Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany, 107.

[52] *Ibidem*, 118.

Între anii 1970 şi 1978, când au avut loc din nou campanii de vaccinare în masă în Germania, se constată o uşoară creştere a cazurilor de difterie, curba înregistrând un nou "vârf", dar incomparabil mai mic decât cel din timpul epidemiei[53] (**Fig. 3).**

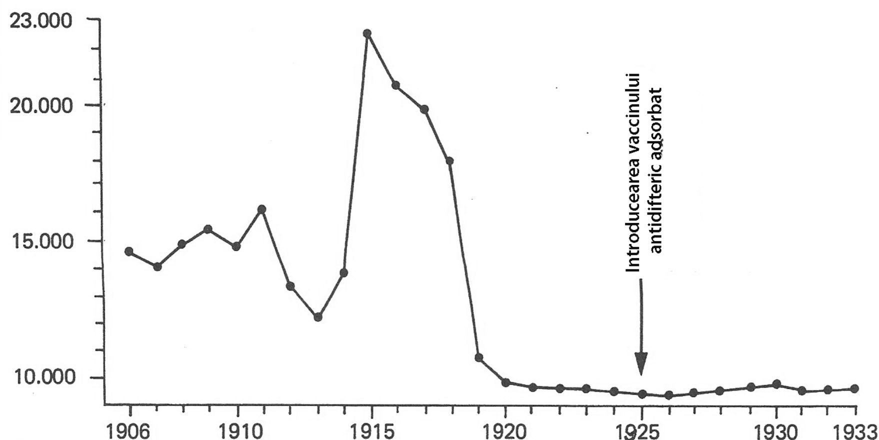


Fig. 2. Cazurile de deces (mortalitatea) date de difterie în Germania, în perioada 1906-1933
Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, Grupa VII D

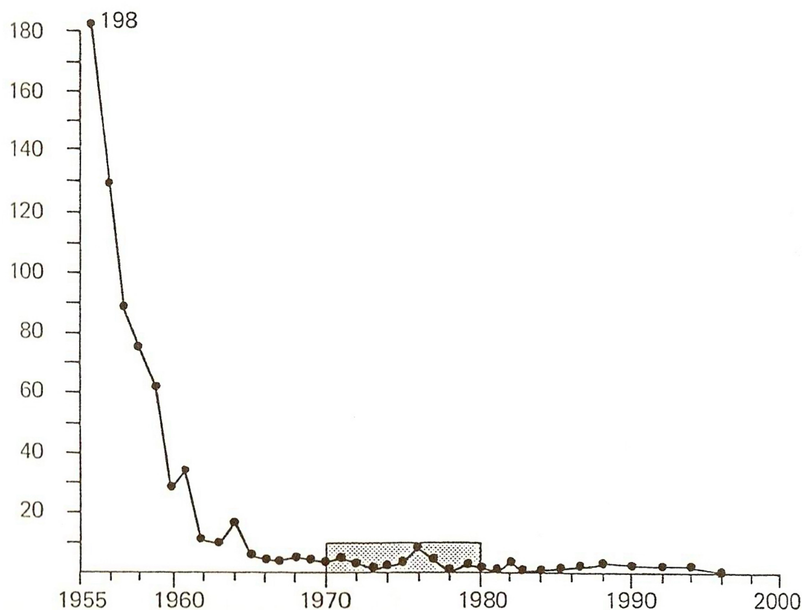


Fig. 3. Mortalitatea dată de difterie în Germania începând cu anul 1955 până în prezent
Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, Grupa VII D

[53] *Ibidem*.

În America, în vremea respectivă, din cauza numeroaselor complicații post-vaccinale, producătorii de vaccinuri erau pedepsiți de lege şi deseori erau nevoiți să plătească despăgubiri de milioane de dolari. Acest lucru a dus la falimentarea micilor producători de vaccinuri, iar firmele mari, pentru a evita pierderile financiare substanțiale şi pentru a putea plăti despăgubirile, conform legislației în vigoare în America, au crescut mereu costurile vaccinurilor. Nu acelaşi lucru se întâmplă în Germania şi în alte țări europene, unde despăgubirile nu le plătesc producătorii de vaccinuri, costurile fiind suportate de către întreaga populație. Este motivul pentru care Firma SmithKline din America şi-a mutat sediul în Germania. Explicația falsă pe care a dat-o este aceea că în Germania a izbucnit o epidemie de difterie cu cazuri de deces. Acelaşi lucru l-a declarat aceeaşi firmă când s-a stabilit în Suedia. De fapt, în Germania fusese vorba de un singur caz de deces, al unui copil de un an, din Reutlingen, bolnav de difterie, şi fusese un caz social. În Suedia, puținele cazuri de difterie apăruseră într-un grup de alcoolici, despre care s-a scris în ziarele suedeze ("Cazuri de difterie izbucnite între alcoolicii suedezi"), doar că acest lucru nu a fost specificat de către firma respectivă[54].

În România nu putea să fie o statistică mult diferită de cea din alte țări, unde vaccinarea a început în acelaşi timp, în acelaşi mod şi cu acelaşi tip de vaccin. Graficul care arată morbiditatea difteriei în țara noastră este incomplet, curba acoperind doar anii 1960-1988[55] (**Fig. 4**) şi ceea ce este interesant**,** *ea se suprapune aproape de tot cu cea din Germania, din aceeaşi perioadă* (vezi Fig. 3). *Graficul nu arată însă ce a fost înainte de anii' 60.* Dacă a început vaccinarea antidifterică în România în 1930, noi nu aflăm practic nimic din ceea ce s-a întâmplat în cei 30 de ani (1930-1960), nici indicele de morbiditate şi nici cel al mortalității infantile, care ne-ar fi putut completa tabloul evolutiv al epidemiilor şi influența reală a vaccinurilor asupra acestora. În timpul celui de-al doilea război mondial a existat peste tot o creştere a cazurilor de difterie, cu toate că se practica şi vaccinarea, însă cu vaccinaul antidifteric monovalent (D), nu cu trivaccinul DTP, folosit în ziua de azi (nu că ar fi mai eficient sau cu complicații postvaccinale mai puține, dimpotrivă…). După război, s-a constatat peste tot o scădere accentuată a cazurilor de difterie. Un nou "vârf", mai mic, care se observă pe graficul nostru între anii 1965-1970, se vede şi pe graficul din Germania, după care cel de-al doilea "vârf", între anii 1970-1980, este mult mai mare în Germania decât cel din România. În acea perioadă, spune Dr. Buchwald, în Germania s-a intensificat campania de vaccinare antidifterică, ceea ce nu este specificat şi în cărțile

[54] G. Buchwald, *op. cit.,* 113.
[55] Gh. M. Voiculescu., *op. cit.*, 231.

noastre. Pe graficul nostru mai este un mic "vârf" între anii 1982-1985. *Concluzia este că, asemenea altor țări europene, nu putem atribui vaccinării în masă dispariția difteriei în țara noastră.*

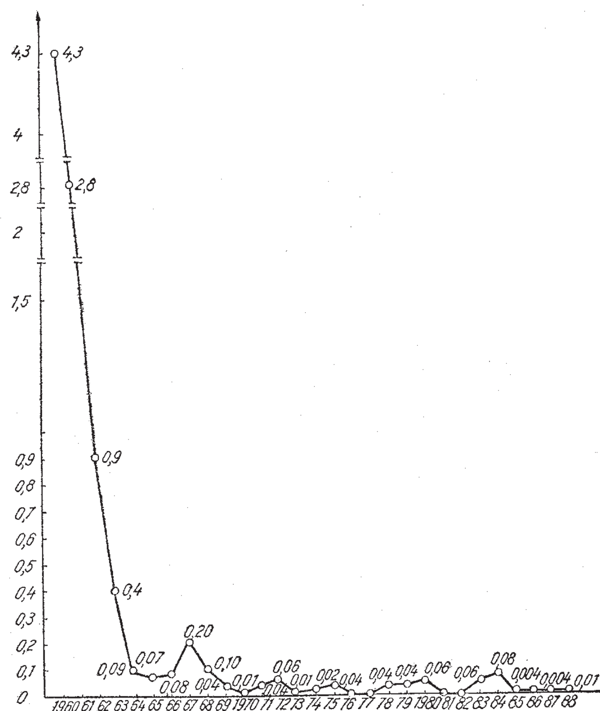


Fig. 4. Curba morbidității prin difterie în România în perioada 1960-1988

Ungaria este prima țară europeană unde s-a făcut vaccinarea în masă la copii, împotriva difteriei, începând cu anul 1928, în zonele rurale, exceptând Budapesta. Timp de 3-4 ani, s-a constatat același regres al cazurilor de difterie, atât în zonele vaccinate (zona rurală), cât și în cele nevaccinate (Budapesta), graficele fiind aproape identice[56] (**Fig. 5**).

Comparând graficele care arată morbiditatea prin difterie în **Olanda,** unde au fost vaccinați copiii împotriva difteriei, ce cele din **Suedia,** unde nu s-a efectuat vaccinarea, constatăm că sunt și ele, practic, identice[57] (**Fig. 6**). Cazurile de difterie au cunoscut același regres, indiferent că a fost sau nu vaccinată populația.

[56] S. Delarue, *op. cit.*, 111-112.

[57] *Ibidem*, 115.

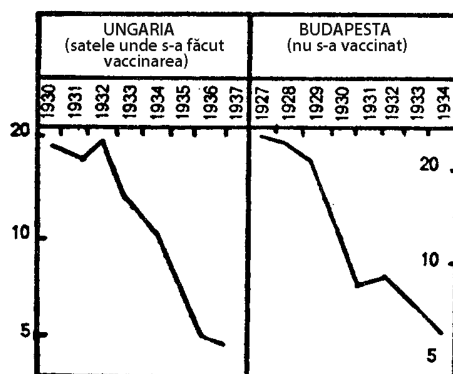


Fig. 5. Regresia difteriei, comparativ între teritoriile rurale (vaccinate) ale Ungariei cu Budapesta (unde nu s-a făcut vaccinarea). Mortalitatea este calculată la 100.000 de cetățeni. Măsura folosită: logaritmică

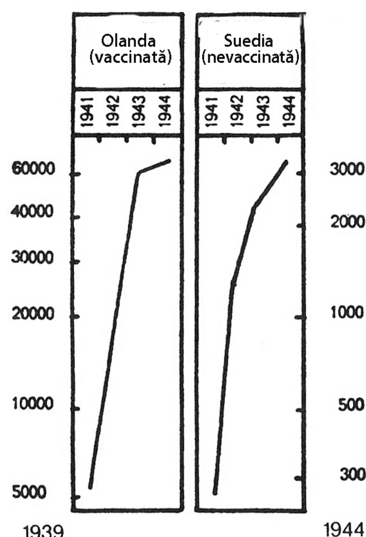


Fig. 6. Cazurile de îmbolnăviri (difterie) în Olanda (vaccinată) comparativ cu Suedia (nevaccinată), în perioada 1941-1944. Cazurile declarate. Măsura logaritmică

În Franța, *introducerea vaccinului antidifteric, dar mai ales a obligativității lui, a dus la extinderea epidemiei*. Graficele arată că înainte de vaccin media anuală a cazurilor de difterie era de 12.000, iar începând cu 1923, când a fost introdusă vaccinarea cu anatoxină difterică, numărul de cazuri anuale a atins cifra de 20.000. De-abia în anul 1938, când vaccinarea a devenit obligatorie în Franța, s-a extins epidemia[58] **(Fig. 7).** Găsim în cartea lui Hector Grasset, *Le Transformisme Médical*, informații legate de modul în care pot fi falsificate statisticile, prin comparația unor elemente ce nu pot fi comparate: *"În trecut clinicienii defineau drept angină difterică doar pe acelea care erau foarte toxice, cu pseudomembrane, asemănătoare crupului difteric. La ora actuală, diagnosticul de angină difterică se pune tuturor anginelor la care poate fi identificat bacilul difteric. Dar este cunoscut faptul că bacilul Löffler este prezent, chiar şi în forma lui cea mai virulentă, la 15% dintre bolnavii cu scarlatină şi la 25% dintre oamenii sănătoşi (Heubner) sau chiar 40% (Variot), ceea ce înseamnă că şi cele mai simple angine, chiar şi cele benigne, cu membrane albicioase, pot fi clasificate drept difterice... De aici decurge* ***creşterea falsă a cazurilor de difterie, în numeroasele statistici****. Cazurile care se vindecau de la sine şi fără tratament (anginele difterice benigne nu se complicau niciodată, decât cu excepția acelora care erau tratate cu serul antidifteric) erau conside-*

[58] *Ibidem*, 103.

rate a fi succesul tratamentului... Dovada unei falsificări evidente a statisticilor din spitale o constituie faptul că, în 25% din cazurile de angină difterică toxică, urmate de deces, nu s-a evidențiat bacilul difteric... Anginele streptococice și stafilococice (presupuse difterice) au provocat, în realitate, multe din aceste decese. Pe de altă parte, sunt falsificate și statisticile privitoare la complicațiile postvaccinale: toți pacienții care mor sunt trecuți în alte statistici"[59], ca și când ar fi fost provocate de alte boli, nu de vaccinul antidifteric. Este lesne de înțeles că lumea se lăsa vaccinată de teama nenumăratelor decese "provocate de difterie", dar și fiindcă nu știa de existența unor complicații postvaccinale. În ziua de azi, se întâmplă exact același lucru, în toate țările din lume, când complicațiile postvaccinale grave (indiferent de vaccinul administrat) nu sunt recunoscute, ci sunt considerate "boli de sine stătătoare", de "cauză necunoscută": epilepsie, sindromul morții subite la sugari, paralizii, surditate, cecitate etc., fără a fi căutată etiologia lor. J. Tissot, profesor de Psihologie, cunoscut prin lucrarea sa *La Catastrophe des vaccinations obligatoires*, punctează ceea ce au observat și autorii mai sus menționați: *"Vaccinarea antidifterică a început în Franța în 1923. De atunci, vaccinul a fost cauza a numeroaselor complicații grave postvaccinale, dar niciodată nu s-a ținut cont de acest lucru"*. Când, în 1925, a izbucnit o epidemie de difterie în Germania, în

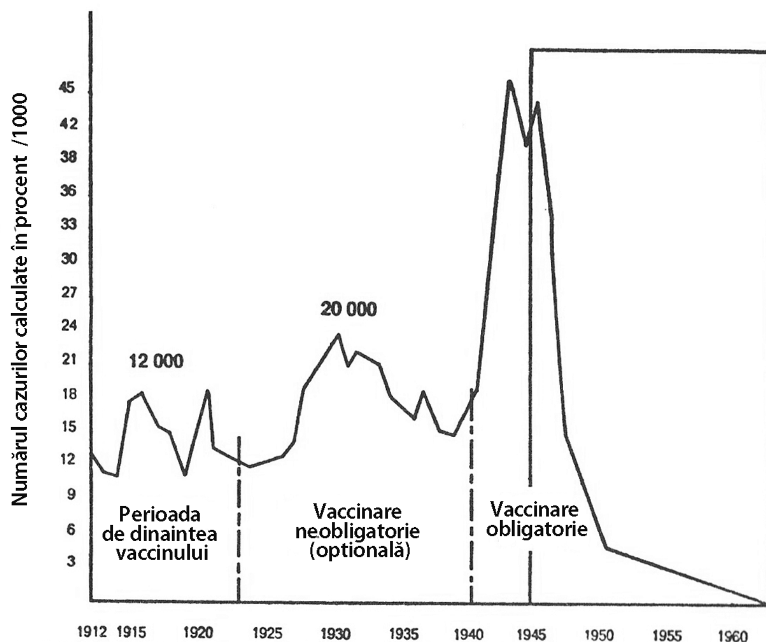


Fig. 7. Doar partea de grafic încadrată este luată în seamă de Oficialități pentru statistică

[59] *Ibidem*.

armata de pe Rhein, s-a introdus şi aici vaccinarea antidifterică. Medicul german Zöller, din Mainz, realizase atunci primul lui test de control al vaccinului: *"A vaccinat 305 de recruţi cu anatoxina difterică, de două ori, la un interval de 3 săptămâni. Un alt grup de 700 de recruţi nu au fost vaccinaţi, fiind grupul de control. Dintre cei 305 de soldaţi vaccinaţi, s-au îmbolnăvit 11, iar la cei nevaccinaţi nu s-a înregistrat un singur caz...* ***Rezultatul a fost unul catastrofal****. La cei vaccinaţi îmbolnăvirea a fost de 11 ori mai frecventă decât la cei nevaccinaţi. Acest rezultat trebuia să ducă de pe atunci la interzicerea vaccinului… Dar acest lucru nu s-a întâmplat, căci producătorii de vaccinuri ar fi fost nevoiţi să oprească vaccinarea, care începuse deja de doi ani"*[60]. Atunci, au falsificat statisticile: au spus că s-au îmbolnăvit 11 dintre cei vaccinaţi fiindcă nu au fost suficient imunizaţi, intervalul de 3 săptămâni fiind prea scurt. Din acest motiv, ei puteau fi consideraţi la fel ca şi cei neimunizaţi… Ca urmare, cele 11 cazuri au fost trecute la grupul de control, adică la cei nevaccinaţi. Rezultatul, evident fals, a fost: nu s-a îmbolnăvit nimeni dintre cei vaccinaţi, dar au fost 12 cazuri la cei nevaccinaţi… "*Argumentul acesta nu poate fi decât unul fals şi fără logică pentru orice cititor… iar toate aceste date sunt istoric dovedite şi s-au petrecut în anul 1925*", ne mai spune J. Tissot[61]. Dacă s-ar fi sistat atunci vaccinarea, s-ar fi putut preveni o serie de alte catastrofe. Cu toate acestea, un asemenea argument fals este folosit şi în ziua de astăzi, pentru a pune pe piaţă vaccinuri sau pentru a continua folosirea lor, cum s-a întâmplat şi în cazul vaccinului poliomielitic. Prof. Debre a folosit un asemenea argument pentru a primi aprobarea folosirii vaccinului antipolio şi pentru a demonstra eficienţa acestuia, cu ocazia unei epidemii de poliomielită ce izbucnise în Saint-Brieuc[62].

În 6 decembrie 1927, Academia de Medicină din Franţa declară vaccinul antidifteric (până atunci toxina difterică fiind folosită doar ocazional), ca fiind necesar din cauza *"răspândirii în ultimii ani a tot mai multor cazuri grave şi toxice de difterie… şi că este nevoie de o vaccinare sistematică a copiilor, în special a elevilor…"*[63] (Anexa din Protocolul celei de a doua şedinţe din Camera Deputaţilor, din 11 iulie 1930). Cu toate acestea, încă nu este introdusă vaccinarea obligatorie în Franţa, ci doar "recomandată". Între anii 1927-1938, anatoxina difterică a fost cauza unor serii de complicatii postvaccinale, multe dintre ele letale[64]. *S-a putut lesne observa că cei vaccinaţi se îmbolnăveau mai grav de difterie decât cei nevacci-*

[60] *Ibidem*, 104.

[61] *Ibidem*, 105.

[62] *Ibidem*.

[63] *Ibidem*, 106.

[64] Louis De Brouwer, *Nous sommes tous des cobayes. L'imposture de la biologie et de la medicine. Le Triomphe de la Desinformation Permanente*, Guy Tredaniel Editeur 2000, Paris, 27-41.

nați, motiv pentru care au protestat mulți medici, dar fără niciun rezultat. Vaccinurile au fost cumpărate cu sume enorme de bani, Parlamentul francez aprobând o asemenea investiție. *Din 1938, vaccinul antidifteric devine obligatoriu, ceea ce va duce la izbucnirea celei mai mari epidemii de difiterie din Franța.* Începând cu anul 1940, cazurile cresc de la an la an, iar din 1943, anual se numărau peste 40.000 de cazuri de difterie. În perioada 1940-1946, s-au înregistrat 150.000 de cazuri de difterie, dintre care peste 15.000 de cazuri mortale. *Mortalitatea la copiii vaccinați era de 4 ori mai mare decât la cei nevaccinați*[65].

Dispariția difteriei nu a putut fi pusă nicidecum pe seama vaccinului. Comparând graficele din țările unde s-a făcut vaccinarea cu țările în care nu s-a făcut, în aceleași perioade, observăm că ele se suprapun: Germania de Vest (fără vaccin) și alte 19 țări europene (cu vaccin) în perioada 1946-1952[66] (**Fig. 8**). Datele false arată că în Anglia vaccinarea antidifterică a dus la scăderea drastică a cazurilor de difterie în perioada 1940-1952 (12 ani!). Observăm din grafic că în Germania de Vest s-a ajuns la același rezultat în timp de doar 6 ani, prin nevaccinare[67]!

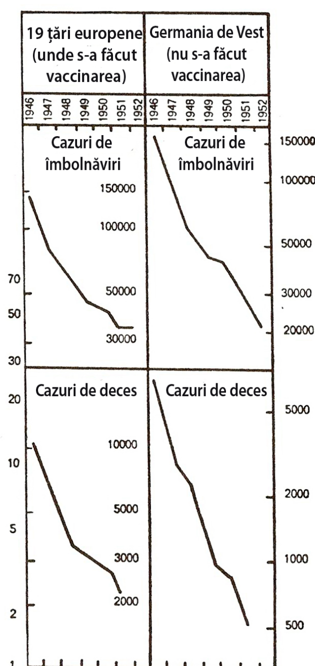


Fig. 8. Regresia difteriei comparând cele 19 țări europene vaccinate cu Germania de Vest, unde nu s-a făcut vaccinarea, în perioada 1946-1952. Morbiditatea și mortalitatea. Masură logaritmică

[65] S. Delarue, *op. cit.*, 108.
[66] *Ibidem*, 115.
[67] *Ibidem*, 116-117.

3) Vaccinul difteric

Generalități:

- Testul Schick (amintit anterior) a fost descris pentru prima dată în 1913, dar abia în 1923 este descoperită anatoxina difterică de către Ramon[68].

- Primele imunizări pe scară largă au fost făcute în Franța, SUA, Canada şi *România*, în 1930[69].

- În Germania, vaccinarea a început în 1925[70].

Vaccinurile D, DT şi DTP:

- Vaccinul difteric monovalent (D) nu mai este în uz la noi. El conține toxină difterică, în formă purificată, atenuată cu aldehidă formică şi adsorbită pe aluminiu. Doza de vaccin: 0,5 ml = 75 UI (unități internaționale) Toxoid Difteric[71].

- *În România*, conform Programului național de vaccinare[72], sugarul este vaccinat împotriva difteriei (în combinație cu vaccinul tetanos şi pertussis) cu 3 doze de vaccin trivalent, DTP, câte o doză la interval de 2 luni (2, 4 şi 6 luni), iar apoi revaccinarea I se face la 12 luni, revaccinarea a II-a la 30-35 luni, iar a III-a şi a IV-a se fac cu bivaccin (DT): la 7 ani (cl. I), respectiv la 14 ani (cl. a VIII-a). După vârsta de 3 ani, componenta "pertussis" este scoasă din vaccin, din cauza gravelor complicații. Vaccinurile produse de Institutul Cantacuzino sunt: *vaccinul bivalent DT* (VCDT: vaccin combinat diftero-tetanic adsorbit) şi *vaccinul trivalent DTP* (VCDTP: vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit).

Reacțiile adverse şi complicațiile postvaccinale (DTP) sunt descrise în cap. 4.

IV. Epidemia de poliomielită. Tipuri de vaccin antipolio şi ineficiența lor. Poliomielita postvaccinală

Rezumat

Epidemiile de poliomielită au dispărut, iar numărul cazurilor de îmbolnăviri a înregistrat o scădere importantă în anii 1955-1956, înainte ca să fie

[68] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 229.
[69] G. Buchwald, *op. cit*.,104-105.
[70] *Ibidem*.
[71] *Ibidem*.
[72] Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

introduse vaccinurile antipolio (1957). După aceea au izbucnit noi focare endemice şi epidemice de poliomielită. Vaccinurile antipolio au fost un mare eşec, provocând numeroase decese. ***Reapariția epidemiilor de poliomielită este corelată şi cu introducerea altor vaccinuri ("poliomielita provocată")****: în Germania şi SUA, apariția epidemiilor de poliomielită este direct legată de introducerea vaccinului antivariolic; în Marea Britanie, se extind cazurile de poliomielită după introducerea vaccinului DP (diftero-pertussis), fiind oprită administrarea lui în 1950.*

Dispariția epidemiilor de poliomielită nu s-a făcut datorită vaccinurilor antipolio, ci datorită îmbunătățirii condițiilor de viață[73]*. Au contribuit şi mulți alți factori: oprirea vaccinării antivariolice şi altor vaccinuri*[74] *şi, după unii autori, retragerea pesticidului DDT de pe piață*[75]*.*

Poliomielita, dată de virusul natural (sălbatic), este o boală care, practic, a dispărut din Europa. Cazurile de boală existente la ora actuală (destul de rare) sunt cele date de vaccinuri: "poliomielită postvaccinală" şi, foarte rar, "poliomielită de contact" (la părinții copiilor care au primit vaccinul oral Sabin).

Cu toate acestea, mai izbucnesc focare endemice în diferite regiuni ale lumii: în 2004, au reapărut cazuri de poliomielită în 10 țări ale Africii. În 2005, au urmat focare endemice în alte trei țări: Yemen, Indonezia şi Somalia[76]. **Tot mai mulți experți sunt sceptici şi recunosc că nu este posibilă eradicarea acestei boli.** Ei arată că ar fi mai bine ca banii folosiți pentru programele extinse de vaccinare să fie investiți în tratamente curative, atât de necesare în aceste țări şi în întreaga lume[77]**.**

1) Poliomielita sau "paralizia infantilă"

Istoric

Boala a fost descrisă pentru prima dată în Anglia, în anul 1784, de către Michael Underwood. În 1840, Heine remarca sechelele bolii, denumind-o

[73] Thomas McKeown, *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis*?, Aus dem Englischen von Cornelia Rülke und Bernahrd Badura. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982, 109.

[74] G. Buchwald, *op. cit*., 124-125.

[75] Torsten. Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*. Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio. Emuverlag, 6 Auflage 2010, Germany, 75.

[76] M. Hirte, *op. cit.,* 164..

[77] D. A. Henderson, *"Countering the post-eradication threat of smallpox and polio"*, *Clin Investig Med* 2002, 34: 79-83.

"paralizie spinală". Kussmaul este cel care o va numi "poliomielită anterioară acută"[78] (greceşte: *polios* = gri/cenuşiu; *myielos* = măduvă).

Din pricina condiţiilor igienice mai precare, copiii aveau contact cu virusul poliomielitic sălbatic, natural încă din primul lor an de viaţă. La această vârstă ei erau protejaţi împotriva bolii datorită anticorpilor moşteniţi de la mamă. Imunitatea proprie se instala treptat şi era mereu împrospătată printr-un nou contact cu virusul. Este motivul pentru care existau doar cazuri "ocazionale" de boală, forme aşa "minore" (neparalitice), fără să fie vorba de epidemii.[79]. Formele paralitice,"majore", erau foarte rare, mai puţin de 1% din cazuri. O statistică asemănătoare (0,5%) găsim şi la autorii români*: "Infecţia cu virus poliomielitic rămâne, în imensa majoritate a cazurilor, subclinică (200 de cazuri de infecţie subclinică pentru un caz paralitic). Tabloul de neuroviroză paralitică, constituie un aspect cu totul parţial (deşi cel mai grav) al incidenţei reale a infecţiei poliomielitice"*[80].

În prezent, datorită condiţiilor igienice mult mai bune, contactul cu virusul poliomielitic sălbatic este tot mai rar şi tot mai puţini oameni îşi formează încă din copilărie anticorpi protectori împotriva bolii[81].

Generalităţi

- Poliomielita este o boală infecţioasă dată de virusul poliomielitic, care posedă 3 tipuri antigenic distincte*: tipul 1(tulpinile Brunhilde, Mahoney etc.), tipul 2 (Lansing Mef 1)* şi *tipul 3 (Leon, Saukett).* Virusul polio face parte din familia Picornaviridae, genul Enterovirus. Tipul 1, predominant epidemic, era întâlnit în 80-90% din cazurile de poliomielite paralitice. Tipul 2, foarte răspândit, determină frecvent forme subclinice. Tipul 3, apare rar (3%)[82].
- A fost numită *"*paralizie infantilă*",* fiindcă este mai frecventă în copilărie, iar cazurile paralitice, deşi foarte rare, sunt grave şi lasă sechele.
- Boala apare într-o societate cu condiţii socio-economice precare[83].
- Se transmite de la om la om: virusul se află în scaunul omului bolnav, iar prin intermediul mâinilor murdare, duse la gură sau la nas, acesta pătrunde în organism; aici se înmulţeşte la nivelul intestinului sau a sistemului limfatic,

[78] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* 308.

[79] Atkinson, 2008, 101 http://www.mayoclinic.com/health/polio/DS00572/DSECTION=symptoms

[80] M. Gh. Voiculescu, *op. cit*., 308.

[81] Martin Hirte, *Impfen Pro&Contra. Das Handbuch fűr die individuelle Entscheidung*, MensSana Verlag, Germany, 2008, p. 163.

[82] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* p. 309.

[83] G. Buchwald, *op. cit*., p.120.

de unde pătrunde în sânge şi afectează nervii de la nivelul măduvei spinării[84]; virusul este patogen pentru maimuță, dar nu şi pentru alte animale.

- În 90-95% din cazuri, infecția trece neobservată, fără simptome clinice.
- Doar 5% dintre bolnavi fac forma "minoră" de boală, având simptome asemănătoare gripei şi scaune diareice.
- Incubația durează 3-14 zile (perioada de la infecție şi până la apariția primelor simptome);
- Imunitatea dată de boală este pe viață[85].
- *La un procent de sub 1% din cei infectați, este vorba de o adevărată poliomielită (0,5%, după Gh.Voiculescu),* cu simptome tipice, ce apar în zilele 11-17 de boală, cu afectare musculară, tradusă prin dureri musculare, rigiditate musculară sau paralizii, când vorbim de "boala majoră". În majoritatea cazurilor, simptomele dispar. Doar în unele cazuri boala nu se vindecă complet şi rămân sechele: *pareze şi paralizii*. Când sunt afectați muşchii respiratori, se poate ajunge la deces. *Nu se cunoaşte un tratament medical* pentru această boală, iar rezultatele obținute după tratamente homeopate nu sunt recunoscute oficial[86]. La Dr. Buchwald găsim aceeaşi statistică: *"La un procent de 0,1-1% dintre cei infectați, apar simptome specifice de poliomielită, cea mai frecventă fiind forma paralitică spinală (cu paralizia membrelor), dar cu regresia în majoritatea cazurilor a simptomelor în decurs de un an"*[87]. Făcând un calcul, la 1 caz de poliomielită clinică, cu paralizie, avem între 100-1000 (0,1-1%) de cazuri inaparente clinic (fără simptome)[88].

Poliomielita postvaccinală, dată de virusul viu din vaccinul antipolio, este o realitate şi survine la unii dintre copiii vaccinați antipolio pe cale orală (cu vaccinul Sabin).

Poliomielita de contact survine la contacții receptivi[89].

Poliomielita provocată a fost studiată şi dovedită de către mulți cercetători, şi survine *după alte vaccinuri* (antidifteric, antipertussis, antitetanos, antivariolic, etc.) sau *din cauza unor substanțe toxice*: mercur, arsen, plumb, pesticicdul DDT.

---

[84] M. Hirte, *op. cit.,* 162.
[85] G. Buchwald, *op. cit*.,.120-121.
[86] M. Hirte, *op. cit*., 160.
[87] G. Buchwald, *op. cit*., 121.
[88] *Ibidem*.
[89] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* 311.

2) Primele vaccinuri antipolio ("Kobrowski", "SALK" şi "Sabin") şi eşecurile lor: poliomielita postvaccinală, SIDA, leucemie, cancer şi retrovirusuri simiene

Primele vaccinuri împotriva poliomielitei s-au sintetizat din măduva infectată a maimuțelor, cu virusul poliomielitic, cu care au fost vaccinați, în anii 1935-1936, un număr de 20.000 de cetățeni americani (SUA). Vaccinurile au provocat cel puțin 12 cazuri de poliomielită postvaccinală. Greşeala a fost aceea că virusul poliomielitic nu a fost "inactivat" suficient. Cu toate acestea, producătorii de vaccinuri au repetat aceeaşi greşeală şi cu un alt vaccin[90].

Din cauza numeroaselor cazuri de poliomielită izbucnite în țările vestice, industrializate, în perioada postbelică producătorii de vaccinuri au încercat să producă un nou vaccin. *"Ei au lucrat «din umbră», trimițându-şi aşa-zişii «oameni de ştiință» în linia întâi"*[91]:

a) Hillary Koprowski a fost printre cei care, în 1946, a încercat să sintetizeze un vaccin cu virus poliomielitic viu, în laboratoarele Lederle din New York. Virusul a fost cultivat pe ou embrionat de găină. S-au sacrificat în această perioadă multe animale, din diferite specii, necunoscându-se atunci care era țesutul propice pentru cultivarea virusului vaccinal (fiecare virus se poate cultiva doar pe anumite țesuturi). Au fost sacrificate cu acest scop un număr mare de maimuțe, motiv pentru care, în anul 1955, India interzice exportul lor. Într-un final, americanii au primit Premiul Nobel, fiindcă au descoperit faptul că virusul se poate cultiva cel mai bine pe *rinichi de maimuță Rhesus (RhM), din India*. Ulterior s-a constatat că poate fi cultivat şi pe *țesut de maimuța verde (GM), din Africa*. Începând cu anul 1957, Koprowski, creează un vaccin antipolio oral, cu virus viu, cultivat pe rinichi de maimuță verde din Africa, iar primul test l-a efectuat în Congo, unde a vaccinat 240.000 de oameni. În 1958, el continuă să vaccineze 75.000 de copii în Leopoldville (acum Kinshasa/Zair). Ulterior s-a constatat că *acest vaccin era infectat cu virusul simian SV40, cauzator de tumori la hamster şi cancer la om.* În 1959, israelianul Albert Sabin (care testează şi el un vaccin oral, începând cu 1956) face pentru prima dată afirmația conform căreia vaccinul lui Koprowski era infectat cu un virus necunoscut. Vaccinul a fost retras de pe piață. Până în 1960, când M. R. Hillemann şi B. H. Sweet au descoperit un "virus străin"

[90] G. Buchwald, *op. cit.*, 288.
[91] *Ibidem*, 122.

în culturile de celule renale de maimuţe rhesus (RhM), provenite din India şi folosite pentru prepararea vaccinurilor antipolio cu virus viu, fuseseră vaccinati deja un număr de 325.000 de congolezi. Este vorba de un virus Simian, amintit anterior, denumit SV40 (S = lat. Simian = maimuţă şi V = virus), care, în mod normal se găseşte în rinichiul maimuţelor, într-un procent de 70%, fără să provoace boli sau cancer la această specie[92].

Este locul şi momentul când, a început şi răspândirea bolii HIV/SIDA (după 3 decenii), dar cu un alt virus simian (SIV*)*. Cum au decurs lucrurile? În 1980, a început să se răspândească o nouă boală între americanii homosexuali, cunoscută ulterior sub denumirea de SIDA**.** În 1983, virusul HIV (virusul imunodeficienţei umane, cauzator al bolii SIDA) a fost descoperit şi izolat de către Luc Montagnier, la Paris. Se punea întrebarea: de unde provenea acest virus? În 1985, nişte cercetători descoperă virusul HIV şi la cetăţenii din Kemu, Zairul de Est, unde Koprowski testase primul său vaccin antipolio oral, cu virus viu. În 1991, când se vorbea de un nou virus Simian, necunoscut până atunci, s-a descoperit că acesta este identic cu virusul HIV-II, care a provocat boala SIDA în Africa de Vest[93]. Cel care a reuşit să dovedească cel mai bine legătura dintre vaccinul antipolio oral al lui Koprowski şi boala SIDA este Louis Pascal, un cercetător independent, fără nicio legătură formală cu vreun Institut de Cercetare sau cu vreo Universitate. A scris despre studiul său într-un articol intitulat "*Ce se întâmplă când ştiinţa degenerează? Corupţia ştiinţei şi apariţia bolii SIDA. Analiza unei sinteze spontane***",** care a apărut într-un număr editorial al Universităţii Wollongong (Nr.9/1991). În articolul său, *Pascal arată cum SIDA este consecinţa directă a unui vaccin antipolio_oral, infestat cu virusul imunodeficienţei Simiene (SIV)*, şi care a fost administrat oamenilor din Congo. *"Toate tulpinile virusului antipolio din vaccin, a căror virulenţa neurologică a fost «atenuată», dar care pot induce o reacţie imună, au reuşit ca prin trecerea de la un individ la altul să îşi recâştige virulenţa şi, ce este mai important, modul de preparare al vaccinului a înlesnit contaminarea vaccinului cu virusuri străine, care nu au mai putut fi omorâte, fiindcă altfel ar fi fost distrus însuşi virusul polio şi vaccinul ar fi fost ruinat"*[94]. Pascal citează cazul lui Hillary Koprowski, care a folosit vaccinul infestat în campaniile de vaccinare în masă, atât în Congo-ul Belgian (Leopoldville), cât şi în Ruanda-Urundi, şi care nu a analizat deloc virusul antipolio viu din vaccin, altfel ar fi constatat cu siguranţă că, alături

[92] *Ibidem*, 122-123.
[93] *Ibidem*, 123.
[94] V. Scheibner, *op. cit*., 182.

de acesta, mai există în toate preparatele vaccinului încă un virus străin, cel de la maimuță. Se ştie, adaugă Pascal, că *"virusuri noi care apar la o populație tânără (sugari) şi fără experiență imunologică, pot deveni patogene şi foarte virulente"*[95]. În 1985, a fost descoperit primul virus al imunodeficienței simiene (SIV) la maimuțele Rhesus, unul dintre cele trei animale care pot fi folosite pentru cultivarea virusului poliomielitic. Virusul SIV a fost găsit apoi şi la celelalte două tipuri de maimuțe (maimuța verde africană şi maimuța Java). Se pune întrebarea: *virusul SIV este unul şi acelaşi cu virusul HIV?* Aflăm răspunsul tot de la Pascal. Toate aceste virusuri simiene sunt înrudite între ele, chiar şi cu virusul HIV/SIDA (a nu se confunda virusul simian cancerigen, SV40, descoperit în 1960, cu virusul imunodeficienței simiene, SIV, desoperit în 1985, ambele fiind virusuri simiene, dar diferite). Pascal arată că unul dintre aceste virusuri al imunodeficienței simiene (SIV) a fost "transferat" la om, provocând SIDA. *Cu alte cuvinte, un virus simian SIV, a putut deveni actualul virus HIV.* Pascal a tratat şi aspectele etice şi morale, aducând în discuție faptul că niciun om de ştiință sau jurnalist nu a scos la iveală adevărul atâta timp, deşi ar fi putut preveni răspândirea bolii SIDA şi a altor boli. Cu toate acestea, multe vaccinuri administrate copiilor din întreaga lume conțin "*celule Vero din rinichi de maimuță*" drept mediu de cultură pentru virusurile din vaccin. În 1992, Meyers şi colaboratorii săi au emis ipoteza (aceeaşi cu a lui Pascal) conform căreia *este posibil ca virusul HIV să nu fie altceva decât virusul SIV, care s-a adaptat omului (printr-o mutație genetică)*. Este o ipoteză care devine, pe timp ce trece, tot mai plauzibilă, spune Goldberg (1992). În 1991, Kyle publică în *Lancet* un articol în care arată legătura dintre vaccinul antipolio contaminat cu virusuri simiene, administrat unor bărbați homosexuali care aveau herpesul genital, şi apariția multor cazuri de SIDA la aceşti homosexuali din America. Analizând vaccinurile antipolio, se constată o contaminare a vaccinurilor cu virusuri simiene[96].

b) Un alt om de ştiință, **Jonas Salk**, a sintetizat un vaccin injectabil, folosind un virus poliomielitic "omorât" ("atenuat"), cultivat pe rinichi de maimuță. L-a denumit *vaccinul injectabil "SALK"*.

Ineficiența vaccinului Salk. În perioada 1 mai – 1 decembrie 1954, la Universitatea din Michigan, Ann Arbor (Francis et al., 1955) a făcut un experiment cu vaccinul Salk polivalent, pe care l-a administrat la peste 1.000.000 de copii. Pentru experiment, un vaccin "s-a împărțit" la 5 copii. S-au folosit pentru fieca-

[95] *Ibidem*,183.
[96] *Ibidem*,180.

re copil seringi separate, pentru a nu se contamina cu alte boli, pecum hepatita B etc. Unii dintre medici au criticat experimentul, deoarece vaccinul conținea țesut de rinchi prelevat de la maimuțe moarte, dar nu au fost luați în seamă. În timpul experimentului, au apărut 129 cazuri de poliomielită, în special după cea de-a treia doză de vaccin (pe parcursul a 3 săptămâni), dintre care 90 de cazuri la cei vaccinați şi 39 de cazuri la grupa de control (nevaccinați). Dintre cei 749.236 de copii din grupul de control, un număr de 428 au făcut boala. Dintre cei 1.080.680 de copii vaccinați, au făcut boala 585 de copii. Făcând un calcul, autorii au ajuns la concluzia că, din 100.000 de copii vaccinați, 57 au făcut poliomielită şi, din acelaşi număr de copii nevaccinati, s-au îmbolnăvit 54. Concluzia este că rata îmbolnăvirilor a fost ceva mai mare la copiii vaccinați, ceea ce arată în mod evident *ineficiența totală a vaccinului Salk*. Fie că erau vaccinați, fie nu, poliomielita a afectat aproximativ acelaşi număr de copii[97].

Incidentul "Cutter". În aprilie 1955, şase firme farmaceutice obțin licența pentru producerea unui vaccin antipolio "atenuat". Acesta urma să producă anticorpi în sânge, dar virusul din vaccin fiind insuficient "atenuat", a dus la cazuri grave de boală, incidentul fiind cunoscut în SUA sub denumirea de "incidentul Cutter", după numele producătorului. Experimentul s-a efectuat în perioada aprilie – iunie 1955. În primele 14 zile de la administrarea vaccinului, s-au îmbolnăvit 260 de oameni de poliomielită paralitică: 94 sugari (poliomielita postvaccinală), 126 de părinți (poliomielita de contact) şi alte 40 de persoane (contacți)[98]. Dintre cei 260 de bolnavi, 11 au murit. Cu toate că în 1958 vaccinul a fost retras de pe piață, în 1960 el este reintrodus în Germania (vaccin trivalent, cu virus viu "atenuat"), unde are loc un "incident" asemănător cu incidentul Cutter: în Berlinul de Vest vaccinarea s-a făcut în masă, la 281.000 de oameni, dintre care 24 au făcut poliomielita postvaccinală şi alți 24, poliomielita de contact. Doi părinți care şi-au îngrijit copiii au murit. După acest incident, vaccinul a fost retras[99].

Boala PESS este transmisă de vaccinul Salk. În 1973, Baguley şi Glasgow relatau despre apariția unei boli grave, în perioada 1956-1966, în partea de nord a insulei Noua Zeelandă. Era vorba de Panencefalita Subacută Sclerozantă (PESS), cunoscută medicilor şi considerată o complicație rară, dar foarte gravă, a rujeolei. Până atunci se credea că PESS apare doar la bolnavii cu rujeolă. Frecvența ei în această zonă era de sute de ori mai mare decât era de aşteptat. Izbucnirea cazurilor de PESS s-a pus pe seama vaccinării în masă a elevilor din şcolile primare cu vaccinul antipolio Salk, deoarece *vaccinul era contaminat cu*

[97] G. Buchwald, *op. cit.*, 121-123.
[98] V. Scheibner, *op. cit.*, 177.
[99] G. Buchwald, *op. cit.*, 288-289.

virusul simian SV40. Autorii au ajuns la concluzia că *"administrarea vaccinul Salk a dus la frecvența crescută a cazurilor de PESS… Aceste concluzii arată în mod evident că rujeola nu poate fi considerată singura cauză a bolii PESS"*[100].

Contaminarea vaccinului Salk cu virusul cancerigen SV40. În 1960, Hillemann şi Sweet descoperă prezența virusului simian SV40 în toate culturile de celule renale de maimuțe rhesus (RhM), utilizate pentru fabricarea vaccinurilor antipolio cu virusuri vii (vaccinurile Koprowski şi Salk), ceea ce înseamnă că *milioane de persoane au fost vaccinate timp de decenii cu un vaccin infestat*[101],[102]. Virusul simian SV40, care se găseşte în mod normal la aceste maimuțe africane, fără să provoace vreo boală, dar este cancerigen pentru alte animale şi pentru om, *"a fost depistat în tumori cerebrale umane şi pus în legătură cu producerea şi altor forme de cancer: limfomul non-Hodkin…"*[103]. S-a constatat că virusul SV40 provoacă sarcoame (forme agresive de cancer) şi la hamster._Faptul că virusul "modificat" din vaccin – şi nu virusul sălbatic – a fost găsit la 25% dintre tumorile cerebrale la om (Krieg et al., *Proc.Ant.Acad. Sci.*, 78-6646-1981) atestă că virusul SV40 este cauza tumorilor[104]. De asemenea, în 1966, prof. Lwoff a observat că virusul SV40 are capacitatea să formeze, împreună cu adenovirusul tip 7 (un virus gripal), un hibrid foarte cancerigen. *Guvernul american a fost obligat să retragă de pe piață urgent toate vaccinurile antipolio contaminate cu virusul simian SV40*. Legat de acest grav incident, putem citi, într-un articol din *National Cancer Institut Monograph* din 29 decembrie 1968, următoarele: *"Faptul că SV40 favorizează o dezvoltare accentuată a unui adenovirus uman, precum şi formarea unor hibrizi prin combinarea celor doi viruşi (adenovirus şi SV40) în culturile de celule pe rinichi de maimuță, arată că este posibil să se formeze şi alți hibrizi periculoşi…"*[105]. Se ştie că virusurile cancerigene, precum SV40 şi adenovirusuri izolate de la animale, nu sunt cancerigene pentru specia lor, dar devin cancerigene dacă trec de la o specie la alta. Conclu-

[100] Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, Műnchen, 2000, 180.

[101] Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinations: erreur mèdicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences*. Atra, janvier 1996, Suisse, 214.

[102] H. Sweet und M. R. Hilleman, 1960, "The vacuolating virus, SV40", în *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. (New York, N.Y.),105:420-427.*

[103] E. Geissler, *"SV 40 and human brain tumors"*, *Progress in Medical Virology* 1990: 37: 211-222; M. Carbone, H. I. Pass, L. Miele, M. Bocchetta, *"New developments about the association of VS 40 with human mesothelioma"*, *Oncogene* 2003, 22 (33):5173-5180.

[104] Docteur L. De Brouwer, ATRA, 1996, *op. cit.*, 216.

[105] *Ibidem*.

zia este că *“virusurile SV40 şi adenovirusurile nu sunt cancerigene pentru maimuțe, dar sunt cancerigene pentru alte specii animale şi pentru om.* ***Nu vom putea şti niciodată câte persoane vaccinate au dezvoltat un cancer la câțiva ani de la vaccin, dar este foarte probabil ca acest număr să fie unul important”***[106]. Cu toate că se cunosc 40 de tipuri de virusuri simiene, care au fost numerotate începând cu SV1 până la SV40, acesta din urmă a fost cel mai bine studiat, fiindcă este cancerigen. Melnick şi Stinebaugh (1962), precum şi alți autori, au atras atenția asupra faptului că *“virusul SV40 este o sursă continuă de poluare pentru toate vaccinurile cu virusuri vii sau «atenuate», cultivate pe rinichi de maimuțe Rhesus şi Java. Vaccinurile antipolio cu virusuri «atenuate» prin formolizare (vaccinul Salk, la care formolizarea nu a dus la atenuarea VS40) au infectat milioane de sugari şi, probabil, un număr la fel de mare a fost infectat cu vaccinul antipolio cu virus viu (vaccinul oral al lui Koprowski)”*[107]. Melnik a dat o nouă definție unui grup de virusuri în care se găseşte şi SV40. El a denumit *papova-virusuri* cele 3 categorii de virusuri: *pa* de la virusul *Papilloma* (cunoscutul virus HPV, tratat în cap.4.), *po* de la virusul *Polyoma* şi *va* de la virusul *vacuolar* SV40. Toate trei sunt virusuri ADN şi au capacitatea de a dezvolta tumori lente, iar prin dezvoltarea lor intracelulară au posibilitatea de a dezvolta infecții latente, cronice, ale gazdei. Melnik şi colaboratorii săi au recunoscut faptul că *“au crescut cazurile de leucemie, soldate cu deces, între anii 1955-1959, la copiii cu vârsta cuprinsă între 5-9 ani şi 10-14 ani, care au primit vaccinuri contaminate cu SV40, comparativ cu copiii la care s-a administrat un vaccin necontaminat”*[108].

Oamenii de ştiință au observat că maimuțele sunt purtătoare de multe alte virusuri: arbovirusuri, virus respirator sincițial (VRS), virusuri asemănătoare cu cel rujeolic, virusul LCM etc.[109]. Ei au constatat că aceste virusuri provoacă boli respiratorii asemănătoare cu cele ale adulților (care s-au oferit voluntar pentru studii). Este lesne de înțeles că aceste virusuri au contaminat şi vaccinurile antipolio administrate copiilor la care s-au putut detecta apoi virozele respiratorii mai sus menționate. Parrot şi alții au publicat rezultatele unor teste serologice efectuate pe parcursul a 34 de luni, la copii cu bronşio-

[106] V. Scheibner, *op. cit*., 180.

[107] J. L. Melnick und S. Stinebaugh,1962:*“Excretion of vacuolating SV-40 virus (papova virus group) after ingestion as a contaminant of oral poliovaccine”, Proc.Soc Exp Biol Med*;109: 965-968.

[108] J. L. Melnik: “*Papova virus group*” , *Science*; 1962 Mar 30;135(3509):1128-1130.

[109] J. A. Morris, R. E. Blount Jr. und R. E. Savage, *“Recovery of Cytopathogenic Agent from Chimpanzees with Goryza”*, *Proc Soc Exp Biol Med,* July 1956, 92:544-549.

lite, pneumonii sau alte infecții respiratorii virale mai puțin grave. Concluzia a fost că *"VRS (virusul respirator sincițial) cauzează boli relativ grave ale căilor respiratorii inferioare"*[110]. Chanock şi colaboratorii săi[111] au găsit virusul respirator sincițial (VRS) la 57% dintre copiii examinați care sufereau de bronşiolite sau pneumonii. Boala a durat între 3 şi 5 luni. Ei au constatat că VRS este un factor intens patogen în primele luni de viață. În scurt timp, acest virus s-a extins rapid şi a fost detectat şi în afecțiunile respiratorii uşoare la adulți[112]. *În zilele noastre, VRS (virusul respirator sincițial) a rămas agentul etiologic de temut al infecțiilor respiratorii la sugar şi copilul mic, iar acest lucru îl datorăm vaccinurilor (preparate pe țesut de maimuțe), care au favorizat "trecerea" VRS la om*.

c) În 1956, *Albert Sabin***,** un om de ştiință israelian, testează un vaccin antipolio cu virus viu, sub formă de soluție orală, numit *vaccinul oral "Sabin" (VPO)*, care conține *3 tipuri de virus poliomielitic "atenuat"*, *cultivat pe rinichi de maimuță*. Deoarece se administrează oral, vaccinul ar trebui să producă anticorpi şi la nivelul mucoasei intestinale. Cu toate că a fost suspectat şi acest vaccin de infestarea cu virusuri simiene, el este administrat în continuare, şi în ziua de azi, inclusiv în România, în anumite situații. *"În SUA, vaccinurile antipolio primeau licența dacă infestarea era de până la 100 de virusuri străine simiene/doză, deşi este ştiut că mult după introducerea acestor obligativități, în 1976, vaccinurile antipolio, fabricate de firmele Ledrele din SUA, erau infestate cu până la 1000 de virusuri simiene"*[113]. Cu toate că vaccinul are multe reacții adverse, nu s-a renunțat încă la el.

Reacții adverse grave ale vaccinului oral Sabin (VPO):

- poliomielita postvaccinală,
- Sindromul Guillain-Barre,
- encefalomielite,

[110] R. H. Parrott, A. J. Vargoslo, Hyun Wha Kim, , C. Cumming, H. Turner, R. J. Huebner, R. M.Chanock: "*Respiratory syncytial virus. II. Serologic studies over a 34-month period of children with bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases*" , *JAMA, 1961 May 27;* 176 :653-657.

[111] R. M. Chanrock, H. Wha Kim, A. J. Vargosko, A. Deleva, K. M. Johnson, C. Cumming und R. H. Parrott, *"Respiratory syncytial virus. I. Virus recovery and other observations during 1960 outbreak of bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases in children."* JAMA, 1961 May 27, 176:647-653.

[112] V. V., A. Ketler. und M. R. Hilleman, 1961, Nov: "*Recovery of new viruses (coryzavirus) from cases of common cold in human adults", Proc. Soc Exp Biol Med*; 108:444-453.

[113] W. S. Kyle, "*Simian retroviruses, poliovaccine and origin of AIDS"*, *Lancet*, 1992, 339:600 f.

- scleroza multiplă,
- epilepsie,
- imunodeficiență,
- deces.

Poliomielita postvaccinală. S-au relatat numeroase astfel de cazuri, dar producătorul vaccinului, Sabin, le-a negat mereu… *OMS (Organizația Mondială a Sănătății) a recunoscut într-un târziu, în 1982, "legătura dintre paralizia acută spinală şi vaccinul antipoliomielitic*". Au existat mereu reclamații legate de cazuri de poliomielită postvaccinală (cu tipul antigenic 3) şi de poliomielită de contact (cu tipul antigenic 2). Neurovirulența virusului vaccinal, nu va putea fi nici apreciată şi nici calculată, după cum afirmă şi autorii[114].

Exemple:

În perioada aprilie 1982-iunie 1983, 4 copii cu vârsta curpinsă între 3 şi 24 de luni, au dezvoltat anormalități neurologice, care aveau simptome asemănătoare cu o poliomielită postvaccinală (Gaebler u. a., 1961). La toți aceşti copii a fost izolat un virus poliomielitic vaccinal şi la toți s-au dezvoltat simptome de boală care au durat minimum 6 luni: trei copii au prezentat o paralizie a piciorului stâng iar la doi dintre ei s-a evidențiat o hipogamaglobulinemie (o funcție anormală a imunității). La 3 din cei 4 copii, s-a găsit tipul antigenic 3 (tipul epidemic, paralitic). La unul din cei paralizați, evoluția a fost spre spasticitate, atrofie cerebrală progresivă şi deces[115] .

În Indiana, 3 copii, care au primit vaccinul VPO, au prezentat anormalități neurologice. La primul copil, simptomele au debutat la 22 de zile după prima doză de vaccin DTP şi VPO. Al doilea copil s-a îmbolnăvit la 2 săptămâni după a 4-a doză de vaccin DTP şi VPO. Al treilea copil a devenit apatic la 7 luni şi jumătate, după ce a primit a doua doză de vaccin DTP şi VPO la 6 luni. Acesta din urmă nu îşi mai putea mişca brațul şi piciorul stâng. La 8 luni a fost diagnosticat cu *"retard psiho-motor şi paralizie cerebrală de etiologie necunoscută".* În secreția faringiană şi în scaun s-a pus în evidență virusul poliomielitic tip 2. La vârsta de 19 luni, la examinarea TC, se evidențează *"o atrofie cerebrală bilaterală*". După agravarea simptomelor, copilul moare la vârsta de 21 de luni[116].

Cazuri clinice:

Caz 1: Kirstin s-a născut în 15.I.1977. Înainte de vaccin era un copil sănătos. A fost vaccinată antipolio (VPO), în 24.V.1977 (la vârsta de 4 luni).

[114] V. Scheibner, *op. cit*., 198.
[115] *Ibidem*, 198-199.
[116] *Ibidem*, 199.

Din acel moment, au apărut complicațiile, motiv pentru care urmează o serie de internări în Clinicile din Germania şi în diverse Centre pentru copiii epileptici. Părinții încep un proces şi doar după 6 ani şi jumătate (în 11.V.1984), cazul a fost recunoscut drept o "complicație postvaccinală, cu drept la despăgubire". Ea suferă în continuare de **epilepsie,** formă majoră, greu controlată medicamentos.

Caz 2: Birgit S., născută în 3.II.1966, a fost vaccinată antipolio în anii 1966, 1969, 1970 şi 1977. După ultima doză de vaccin antipolio oral (VPO), administrată în 13.XI.1977, a urmat o reacție alergică gravă: după o zi de la vaccin, mama observă la copil o inflamație a degetului mediu al mâinii drepte, care apoi a evoluat spre o **artrită reumatoidă juvenilă** (ARJ)(vezi cap.3), care a necesitat internări şi consultații ani de zile, necesitând costuri mari. Deşi cazul din Berlin a fost recunoscut ca fiind o complicație postvaccinală antipolio şi despăgubit, nu acelaşi lucru s-a întâmplat ulterior cu multe alte cazuri asemănătoare[117].

Caz 3: Christian R., născut în 27.IV.1988, după o sarcină normală şi Apgar 10, a fost vaccinat la 2 zile după naştere înpotriva tuberculozei (BCG). În continuare, se dezvoltă normal şi este un copil sănătos când mama lui se prezintă la vaccin. I se administrează vaccinul DTP, urmat de vaccinul antipolio oral (VPO). Deja din prima zi, copilul devine agitat, iar în ziua următoare începe să țipe necontenit, fără niciun motiv (lucru considerat ca fiind "o reacție normală la vaccin"). Spre deosebire de perioada de dinainte de vaccin, acum copilul nu mai doarme nicio noapte liniştit, se trezeşte speriat, tresare fără niciun motiv. La 8 zile de la vaccin, mama se prezintă cu el la medic, care consideă că este vorba de o simplă dispepsie (tulburare de digestie). În continuare, copilul nu creşte, nu ia în greutate, iar stările de teamă, cu tresărirea caracteristică, nu dispar. Când, în mai 1990, crizele devin "stări epileptice" evidente, părinții caută experți şi urmează de acum înainte tratamente antiepileptice costisitoare. Este tratat cu Cortizon, care va duce la tulburări hormonale, respectiv la Sindromul Cushing. După întreruperea cortizonului, reapar **crizele epileptice**. Strabismul este întotdeauna un semnal de alarmă şi poate fi un semn al complicațiilor neurologice postvaccinale (arată o reacție patologică a creierului). Christian nu poate articula niciun cuvânt şi are un **retard psihic sever.** (Părinții au început procesul, dar când a fost redactată cartea, afecțiunea lui Christian încă nu era recunoscută drept o complicație postvaccinală[118].)

[117] G. Buchwald, *op. cit.*, 332.
[118] G. Buchwald, *op. cit.*, 298-303.

d) Vaccinul antipolio nou, inactivat ("omorât"): VPI. În anul 1998, virusul poliomielitic viu, din vaccin, a fost supus unei inactivări puternice, pentru a nu fi infecțios şi pentru a fi evitată *poliomielita de contact*. Vaccinul este asemănător vaccinului Salk, dar cu unele modificări. Se spune că vaccinul realizează imunitate, la 95% din cazuri prin formare de anticorpi şi nici nu conține adjuvanți precum aluminiu şi Thiomersal (substanță cu mercur)[119]. Cu toate acestea, vaccinul fiind sub formă injectabilă, ocoleşte *tractul gastro-intestinal*, *bariera cea mai importantă de apărare a organismului în cazul unei infecții naturale.* Virusul din vaccin va fi introdus direct în sânge, împreună cu proteine străine şi alte substanțe chimice, posibil alergice, iar singura barieră de apărare a organismului mai rămâne doar cea umorală, formatoare de anticorpi, a căror eficiență este discutabilă.

Prezentare:

În România este folosit *vaccinul VPI, injectabil, IMOVAX Polio*, produs de firma Sanofi Pasteur S.A., France şi conține[120]:

- virus poliomielitic inactivat, cu cele 3 tipuri de antigene (tip 1, 2 şi 3), cultivat pe celule Vero[121];
- alte ingrediente: 2-fenoxietanol, aldehidă formică, reziduuri proteice;
- urme de antibiotice: Streptomicină, Neomicină, Polymyxină B.

În Germania este folosit *vaccinul IPV-Merieux*, cu o compoziție asemănătoare.

Combinații: *vaccinul VPI* a fost combinat cu alte vaccinuri, care sunt administrate sugarului: *tetravaccin*, *pentavaccin* şi *hexavaccin*. Această combinație de vaccinuri elimină totodată posibilitatea de a recunoaşte eventualele reacții adverse ale unuia dintre vaccinuri. Interesant este faptul că a rămas aceeaşi doză de vaccin antipolio şi în aceste vaccinuri combinate. Cu toate că nu există studii legate de eficiența vaccinului antipolio la sugari şi copii mici, acestora li se administrează nu mai puțin de 4 doze în primul an de viață (2, 4, 6 şi 12 luni)[122]. Tetravaccinul (Tetraxim) conține DTP şi VPI, Pentavaccinul conține DTP, VPI şi Hib, iar Hexavaccinul are în plus vaccinul antihepatititic B. Combinațiile de vaccin administrate copiilor de peste 5 ani sunt Revaxis şi Td-Vaccinol, care conțin VPI şi DT (antitetanos şi antidifteric)[123].

[119] M. Hirte, *op. cit.*,166.

[120] *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, 866.

[121] Celulele Vero sunt celule extrase din rinichi de maimuță verde, din Africa, la fel ca în cazul vaccinului Salk şi Sabin (n. n.).

[122] M. Hirte, *op. cit.*, 167.

[123] *Ibidem*, 166.

În România sunt uzuale toate aceste tipuri de vaccinuri combinate. La vârsta de 12 luni (!), alături de pentavaccin, i se va administra şi ROR (un vaccin trivalent: rujeolă, oreion, rubeolă), astfel că putem vorbi de **8 vaccinuri**, atunci când sunt administrate simultan (ROR se poate administra, conform Programului naţional de vaccinare, până la 15 luni)[124].

Cu toate că acest vaccin s-a dorit a fi "foarte sigur", s-a constatat că nu este aşa. S-au raportat o serie de *reacţii locale*, precum şi *complicaţii postvaccinale medii sau severe*[125]:

- reacţii locale;
- alergie, şoc anafilactic;
- vasculite;
- purpură trombocitopenică;
- pareză facială;
- convulsii;
- parestezii
- cefalee;
- somnolenţă;
- Sindromul Guillain-Barre;
- reacţii alergice;
- SM (scleroza multiplă)[126];
- ARJ (artrita reumatoidă juvenilă).

La Institutul Paul-Ehrlich, din Germania, au fost raportate multe reacţii alergice, crize epileptice şi 22 de cazuri de paralizii, dintre care cele mai frecvente au fost *Sindromul Guillain-Barre* şi *paralizii ale nervilor faciali*[127]. În Germania au fost raportate, între anii 1999-2003, o serie de complicaţii postvaccinale şi la *Arznei-Telegramm (AT)* [128]:

- vasculită;
- purpură hemoragică;
- edeme hemoragice;
- epilepsie;
- pareză facială;
- parestezii, tulburări de sensibilitate, dureri inexplicabile;
- cefalee;

124 Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

125 M Hirte, *op. cit.*, 167-168.

126 F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum,*7.Auflage,Hirthammer Verlag 1998, Germany, 119.

127 M. Hirte, *op. cit.*,168.

128 *Ibidem*, 166.

- somnolență;
- țipăt encefalitic;
- artrită hemoragică.

Rămâne în continuare aceeaşi problemă nerezolvată: *lipsa recunoaşterii complicațiilor postvaccinale*.

În SUA a fost recunoscut un singur caz de *şoc alergic* [129].

Deşi au fost şi *cazuri de decese*, ele nu au fost recunoscute ca atare, ci atribuite altor boli. Un astfel de caz este relatat mai jos:

Dominik R., născut în data de 13.X.1994, a fost vaccinat în 13 februarie 1995, cu un pentavaccin (conține 5 vaccinuri, inclusiv antipolio). *În 16 februarie, după doar 3 zile de la vaccin, a murit.* Medicul pediatru a scris pe certificatul de deces*: "Sindromul morții subite la sugar",* pentru a rezolva cazul cât mai simplu. Părinții nu s-au lăsat însă înşelați. Copilul lor fusese bolnav în momentul în care i s-a administrat vaccinul. Deşi mama l-a atenționat pe medicul de familie, acesta nu a ținut cont de starea de sănătate a copilului şi l-a vaccinat fără să dea nicio explicație mamei. Trecuseră deja 5 luni de când murise Dominik, când s-a cerut exhumarea lui, în vederea efectuării autopsiei. Aşa cum era de aşteptat, nu s-a găsit nicio cauză de deces… Chiar şi cele mai complexe analize au dus la aceleaşi rezultate. Părinții s-au judecat în continuare cu medicul care-l vaccinase pe copil deşi acesta fusese bolnav în momentul respectiv, lucru total contraindicat. Cu toate că medicul a greşit şi nici nu a dat niciun fel de explicații, s-a luat hotărârea că el este nevinovat. S-a tras concluzia (pe care, din păcate, o auzim de fiecare dată) că nu există nicio legătură între vaccin şi moartea copilului, iar acesta a murit de o moarte naturală care se cheamă *"Sindromul morții subite la sugar"*[130].

3) Epidemiile de poliomielită

a) Primele epidemii de poliomielită

Primele epidemii de poliomielită au apărut în nordul Europei şi în SUA la jumătatea secolului XIX, apoi şi în alte țări din lume, şi au durat până la jumătatea secolului XX. Vaccinurile au fost introduse de abia în 1957, după disparița epidemiilor. Au reapărut apoi alte focare endemice şi epidemice, provocate de vaccinurile antipolio Salk şi Sabin.

[129] HRSA (Health Resources and Services Administration):*Vaccine Injury Table Februar* 2007, http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/table.htm

[130] G. Buchwald, *op. cit*., 297-298.

Nu se cunoaşte cauza apariţiei epidemiilor de poliomielită, dar Nathanson şi Martin (1979) consideră că *"multe aspecte legate de epidemiile de poliomielită sunt cel puţin suspecte…Denumirea de poliomielită nu exista încă pe vremea aceea, fiind cunoscută sub numele de «boală paralitică a copilului»…* ***Cert este faptul că poliomielita este o «boală a copilăriei» şi fiecare om va veni cândva în contact cu virusul poliomielitic, în timpul vieţii lui"***[131]**.**

Pentru datele statistice, se iau în considerare doar cazurile paralitice de poliomielită. Este logic să fie aşa, motiv pentru care toate graficele care arată evoluţia poliomielitei sau mortalitatea iau în calcul doar cazurile paralitice, nu şi pe cele uşoare, benigne, cu evoluţie spre vindecare în timp scurt.

În ambele zone epidemice (SUA şi Europa), frecvenţa bolii a început să scadă, în special indicele de mortalitate. S-a mai înregistrat un "vârf" între anii 1945-1954[132], când creşte incidenţa cazurilor grave de poliomielită. Explicaţia cea mai plauzibilă este introducerea de noi vaccinuri în masă, în acea perioadă, ducând la aşa-zisa "**poliomielită provocată"**[133]. *Se ştie că poliomielita poate fi provocată de diferite injecţii sau vaccinuri*[134]*. Paralizii, asemănătoare cu cele din poliomielită, sunt provocate de intoxicaţii cu metale grele (mercur, plumb, arsen) sau de pesticide (DDT)*[135]. Introducerea unor asemenea pesticide periculoase (DDT) în anul 1945 în SUA, şi apoi în întreaga lume, a provocat multe cazuri de paralizii şi alte afecţiuni grave (motiv pentru care s-a decis retragerea lor), care au fost confundate cu poliomielita. Mulţi cercetători şi oameni de ştiinţă au observat că leziunile provocate de poliomielită la nivelul măduvei spinării sunt practic identice cu cele din paraliziile provocate de aceste substanţe toxice. În renumitul *Tratat de Medicină Internă* a lui Harrison citim: *"Paraliziile sunt adesea urmările intoxicaţiei cu metale grele, iar din punct de vedere clinic este foarte dificil de făcut o diferenţiere a acestora de poliomielită"*[136]. Este şi motivul pentru care, în trecut, multe cazuri de paralizii erau atribuite poliomielitei (după unii autori, majoritatea cazurilor de intoxicaţii cu pesticidul DDT care a dus la paralizii, au fost atribuite poliomielitei, ceea ce a dus la o statistică falsă)[137].

[131] N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: "*The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance*", *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692.

[132] V. Scheibner, *op. cit*., 176.

[133] G. Buchwald, *op. cit*., 124-125.

[134] *Ibidem*.

[135] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, "*Virus-Wahn*", Emuverlag, 6. Auflage 2010, 72.

[136] *Ibidem*, 72 (128).

[137] *Ibidem*.

b) Epidemiile de poliomielită au dispărut înainte de introducerea vaccinurilor. Noi epidemii sunt provocate prin introducerea vaccinurilor

În Franța scăderea cazurilor de poliomielită este tradusă printr-o curbă descrescătoare, care atinge cel mai scăzut nivel (câteva sute de cazuri) în anii 1955-1956, înainte de introducerea vaccinului Salk[138] (**Fig. 9**). Vaccinul antipolio este introdus în 1956, după care cresc brusc cazurile de poliomielită, curba înregistrând o creştere spectaculoasă (un alt "vârf"). În acest an, s-a înregistrat un număr de 1.150 de cazuri de boală. În anul următor, se înregistrează 4.109 de cazuri. A fost nevoie de încă 6 ani (până în 1962) ca să scadă curba şi să revină la nivelul din 1956, înainte de introducerea vaccinului[139]. Totodată, se constată că, *după introducerea vaccinului, creşte din nou mortalitatea*, repetându-se ceea ce s-a întâmplat şi în alte țări, precum Anglia şi Brazilia, unde, deşi poliomielita era inițial o boală destul de benignă, confundată adeseori cu o simplă angină acută, ea a devenit, din cauza vaccinării în masă, o boală soldată frecvent cu paralizii sau chiar cu decese[140]. Începând cu anul 1962, curba revine la aspectul de dinaintea introducerii vaccinului. În 1970, în oraşul Niort, izbucneşte o epidemie de poliomielită gravă, cu paralizii, cu toate că a fost vaccinat un procent de 90% din populație, cu vârsta cuprinsă între 1 şi 32 de ani (conform declarațiilor Autorităților Sanitare către revista *Le Parisien Libéré* din 13.XII.1969). Să fie doar o coincidență faptul că boala a început să dispară după înlocuirea conductelor de apă curentă, învechite?[141]

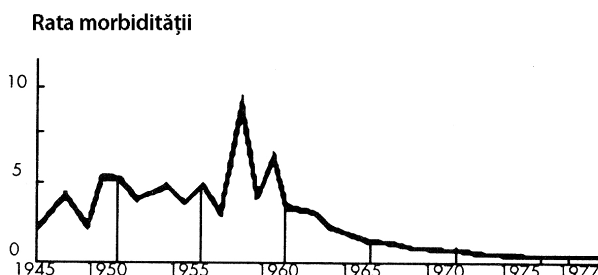


Fig. 9. Evoluția morbidității dată de poliomielită în Franța, în perioada 1945-1977 (după Inserm)

În Germania prima epidemie de poliomielită apare în anii'50. Se înregistrează între 3500 şi 9500 de cazuri/an[142]. Un procent de 80-90% dintre cei afectați au fost copii sub 5 ani. Încă nu fusese introdus vaccinul antipolio, dar se ştie că

---

[138] Simone Delarue, *Impfschutz.Irrtum oder Lűge?,* Hirthammer Verlag, D-Műnchen, 3. Auflage 1997, 130.

[139] *Ibidem*.

[140] *Ibidem*, 129-130.

[141] *Ibidem*, 130-131.

[142] F. C. Sitzmann et al., *Impfungen – Aktuelle Empfehlungen*, Hans Marseille, Műnchen 1998.

această perioadă coincide cu introducerea vaccinului antivariolic, atât în Germania, cât şi în SUA. Datele pe care le aflăm de la Dr. Buchwald sunt următoarele[143]: (**Fig. 10** şi **Fig. 11**):

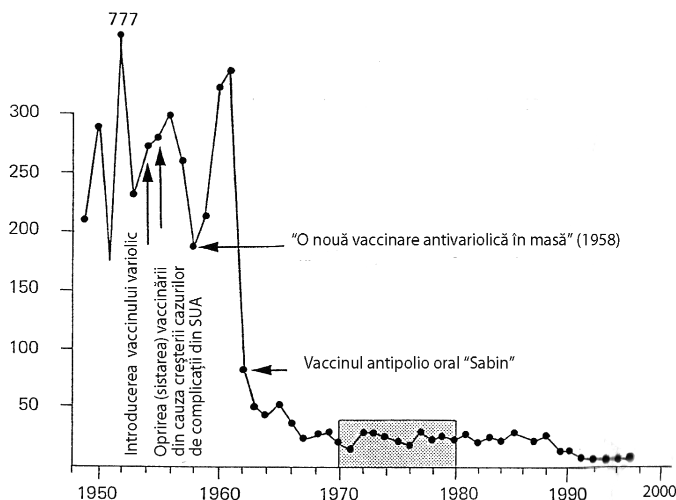


Fig. 10. Mortalitatea dată de poliomielită în Germania începând cu anul 1949
Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, grupa VII D

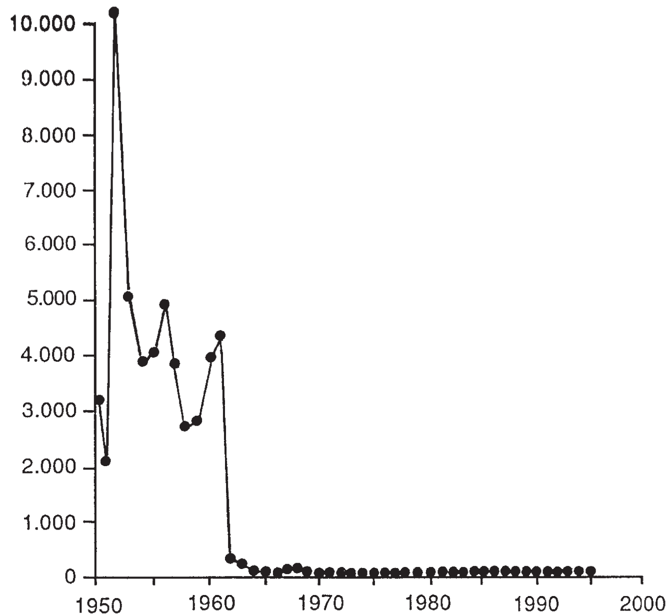


Fig. 11. Cazurile de poliomielită în Germania, după 1950

143 G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, Emuverlag, 4 Auflage, 2008, Deutschland,124.

- *în 1954*, o dată cu *introducerea vaccinului antivariolic*, a crescut numărul de decese provocate de poliomielită;

- *în 1955*, o dată cu *oprirea vaccinării antivariolice*, din cauza numeroaselor incidente din SUA, a scăzut şi numărul de decese date de poliomielită;

- *în 1958*, după noile campanii de vaccinare antvariolică, a crescut din nou incidența mortalității, dată de poliomielită până în 1960, ca apoi să scadă din nou;

- *în 1961*, când este introdus vaccinul antipolio oral "Sabin*",* mortalitatea dată de poliomielită era deja foarte scăzută, curba înregistrând o pantă descendentă, motiv pentru care nu poate fi considerată vaccinarea antipolio cauza regresului cazurilor de poliomielită;

- *ultimul caz de poliomielită din Germania a fost la un copil, în anul 1978*; de atunci nu au mai existat decât cazuri de poliomielită postvaccinală (forma paralitică)[144]. Având în vedere că de atâția ani nu s-a mai îmbolnăvit niciun copil din Germania de poliomielită, se pune desigur întrebarea dacă mai este necesară vaccinarea antipolio, cu atât mai mult cu cât reacțiile secundare, deşi rare, pot fi foarte grave. Nu mai trăim în anii'50, când încă mai existau cazuri de boală[145].

În Anglia mortalitatea provocată de poliomielită a început să scadă înaintea introducerii vaccinului antipolio. A existat un "vârf" în anul 1946, când s-a introdus vaccinul antidifteric[146] (**Fig. 12**). Din acest an se raportează multe cazuri de poliomielită paralitică, până în 1950, când este oprită vaccinarea antidifterică. *Poliomielita provocată* de alte vaccinuri, inclusiv de cel difteric, este un fapt cunoscut şi dovedit de oamenii de ştiință. În următorii 6 ani (1950-1956), până la introducerea vaccinului antipolio, s-a înregistrat o reducere drastică a cazurilor de boală. O dată cu introducerea vaccinului antipolio, a crescut din nou numărul de cazuri de poliomielită, ca apoi să scadă încet şi curba să revină, în 1960, la starea de dinaintea vaccinărilor. Făcând un studiu comparativ între cazurile de mortalitate date de poliomielită de dinainte şi după vaccin, ne-am aştepta ca reducerea cazurilor să se facă proporțional cu creşterea numărului de persoane vaccinate, ceea ce nu s-a întâmplat. *Dimpotrivă, în 1960 mortalitatea a crescut cu 72%, iar datele din anii 1961, 1962 şi 1963 arată un adevărat eşec al vaccinului*: *în loc să scadă, curba*

[144] *Ibidem*, 127.
[145] *Ibidem*.
[146] *Ibidem*.

creşte uşor. Concluzia este că cel puțin *mortalitatea dată de poliomielită nu a putut fi redusă de vaccin*[147].

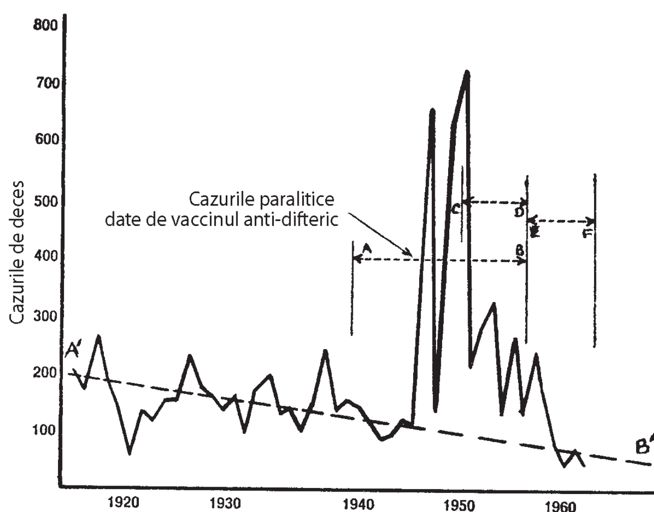


Fig. 12. Cazurile de deces (mortalitatea) din Marea Britanie, date de poliomielită în perioada 1916-1962
Sursa: Office of Population Censuses

Epidemia de poliomielită din oraşul Blackburn: inutilitatea vaccinării antipolio a putut fi demonstrată şi cu ajutorul unui studiu comparativ, efectuat pe două loturi de oameni, vaccinați şi nevaccinați, din oraşul Blackburn, unde a izbucnit o epidemie de poliomielită. La o populație de 105.100 de oameni, erau expuşi îmbolnăvirii un număr de 63.000 de oameni. Dintre aceştia, 14.000 erau vaccinați şi 49.000 erau nevaccinați. S-au îmbolnăvit, conform statisticii, 5 oameni din lotul celor vaccinați şi 15 dintre oamenii nevaccinați. Făcând un alt calcul simplu, constatăm că la cei vaccinați avem de fapt 1 caz de boală la 2.800 de oameni, iar la cei nevaccinați, 1 caz de boală la 3.266 de oameni[148]. *S-au îmbolnăvit mai mulți oameni vaccinați decât nevaccinați.*

"Mulți îşi mai amintesc, sau cel puțin au auzit, de epidemia de poliomielită din anii 1949-1950, care a izbucnit în Australia şi multe alte țări din lume. Cei care promovează vaccinurile se folosesc de amintirea acestor epidemii pentru a-i speria pe părinți şi a-i convinge să-şi vaccineze copiii. Chiar şi cei care nu-şi vaccinează copiii împotriva altor boli precum difterie, tetanos, tuse convulsivă, rujeolă etc., fac o excepție când vine vorba

[147] Simone Delarue, *op. cit.*, 131-135.
[148] *Ibidem*, 138.

de vaccinul antipolio. Doar puțini oameni cunosc însă adevărata cauză a acestei epidemii", spune Viera Scheibner[149]. În 1950, Dr. McCloskey, a scris în *Lancet* un articol intitulat *"Legătura dintre vaccinuri şi poliomielită"*, în care relatează: *"La începutul epidemiei de poliomielită, ne-au atras atenția pacienții care au fost vaccinați cu puțin timp înainte cu vaccinul antipertussis (împotriva tusei convulsive) sau cu vaccinul combinat DP (antidifteric şi antipertussis). Părinții ai căror copii erau bolnavi de poliomielită puneau vina pe aceste vaccinuri, dar medicii lor, fie că se grăbeau să respingă orice legătură dintre boală şi vaccinuri, fie spuneau că nu e vorba de poliomielită, ci mai probabil de o radiculonevrită postvaccinală"*[150].

Există, din fericire, destule dovezi care arată o legătură evidentă între diverse vaccinuri profilactice şi apariția poliomielitei. În anul 1950, în *British Medical Journal*, apare un articol despre *"Vaccinuri şi poliomielita provocată"*, scris de Hill şi Knowelden. Ei descriu cazuri sporadice de paralizii apărute după campanii de vaccinare împotriva difteriei: *"Paralizia afectează uneori un singur picior, cel în care s-a făcut vaccinul. Uneori a dus şi la alte forme de paralizii. În cele mai multe cazuri s-a pus diagnosticul de poliomielită"*[151]. În acelaşi ziar, găsim un alt articol, scris de MacCallum, despre *"Forme clinice de poliomielită, apărute după diverse vaccinuri profilactice",* din care citez: *"La mai puțin de 21 de zile după apariția poliomielitei, s-au luat probe din scaun de la 5 copii. S-a izolat virusul poliomielitic din toate cele 5 probe...Înainte de apariția bolii, copiii au fost vaccinați toți împotriva difteriei, tetanosului şi a tusei convulsive (DTP)"*[152]. În 1950, un articol asemănător apare şi în America, scris de Leake, în *Journal of the American Medical Association*. Autorul relatează despre numeroase *cazuri de paralizii apărute după diferite injecții, dar mai ales după vaccinurile împotriva difteriei, a tusei convulsive, a febrei tifoide şi a febrei paratifoide*[153]. Tot în anul 1950 apare şi un studiu american făcut de Anderson şi Skaar, care concluzionează: *"La pacienții cu poliomielită, care au primit cu o lună înaintea bolii un antigen (virus), se poate constata*

---

[149] Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwăche und plötzlicher Kindstod,* F. Hirthammer Verlag, Műnchen, 2008, 169.

[150] Bertram P. MacCloskey, "*The Relation of Prophylactic Inoculation to the Onset of Poliomyelitis", Lancet,* 1950, 18. April:659-663.

[151] B. A. Hill und J. Knowelden, "*Inoculation and poliomyelitis. A statistical investigation in England and Wales in 1949", Br Med J*. 1.Jul i1950:1-6.

[152] MacCallum FO,*"Clinical poliomyelitis in association with peripheral inoculation of prophylactics", Br Med J*. 1950, 1 July*,* 6-7.

[153] James P. Leake, M.D., "*Anterior Poliomyelits and Pertussis and Diphteria Immunization"*, *JAMA*. 1950, sept.16. 144 (3): 259-260.

că există o legătură evidentă între vaccin şi boala paralitică”[154]. Mulţi autori atrag atenţia asupra faptului că, în cazul poliomielitei, organismul se apără în mod eficient împotriva bolii doar în mod natural, prin intermediul mucoasei nazo-faringiene, apoi a tractului intestinal, cât şi prin formarea de anticorpi eficienţi împotriva bolii. Organismul este senisibilizat, iar datorită “memoriei imune”, când va veni din nou în contact cu virusul poliomielitic, se va apăra în mod eficient. În schimb, printr-o imunizare artificială, activă (vaccinare), nu se formează anticorpi eficienţi împotriva bolii (când putem vorbi de vaccinare, dar nu şi de imunizare), dar *poate fi lezată bariera hematoencefalică* şi în acest fel să fie distruşi factorii de rezistenţă împotriva virusului poliomielitic. Din acest motiv, dozele subletale de virus infecţios pot deveni letale, scoarţa cerebrală fiind şi ea lezată în urma vaccinurilor. *Acest fenomen poate explica apariţia formelor paralitice de poliomielită după o vaccinare anterioară cu alte virusuri*[155].

La Madeira, vaccinul antipolio s-a introdus doar în 1964. Până atunci, boala era practic necunoscută. Aflăm de la prof. Rentchnick, din *Médecine et Hygiène* (Nr. 1021, 30 august 1972), date despre efectuarea vaccinării: în 1965 au fost vaccinaţi 7000 de tineri sub 20 de ani, în special copii mici; în 1966, au fost vaccinaţi încă 40.000 de copii cu vaccinul oral Sabin, trivalent (cu toate cele trei tipuri antigenice); s-a continuat vaccinarea şi revaccinarea la copii. Primul caz de poliomielită este înregistrat în 10 martie 1972, iar până pe data de 1 august existau deja 81 de cazuri la copii (cazuri staţionare), a căror vârstă era cuprinsă între 15 luni şi 4 ani şi jumătate, iar alţi 12 copii au murit de paralizie bulbară. Interesant este faptul că *poliomielita a cuprins mulţi copii care erau vaccinaţi*, iar dintre cele 12 cazuri de decese, 4 au fost de vaccinaţi. Deci 1/3 dintre cei care au murit au primit vaccinul oral Sabin trivalent. Unul dintre copiii paralizaţi a fost vaccinat de 4 ori în ultimii doi ani! Cu toate acestea, în loc să oprească vaccinarea, autorităţile consideră (în mod greşit) că este vorba de o epidemie care trebuie “oprită”, motiv pentru care, începând cu luna iunie, au mai fost vaccinaţi 93.000 de copii![156]

La Rio de Janeiro (Brazilia) se numărau aproximativ 80 de cazuri de poliomielită/an înaintea introducerii vaccinului. Era vorba de cazuri uşoare, benigne, fără forme paralitice. Boala evolua ca şi un catar uşor sau o angină acută. După ce s-au efectuat 5 ani de zile (1956-1961) campanii de vaccinare

[154] G. W. Anderson und A. E. Skaar, 1951: *“Poliomyelitis nach Antigen-Injektionen”*, *Pediatrics*; 7(6):741-759.

[155] V. Scheibner, *op. cit*., 175-176.

[156] S. Delarue, *op. cit*., 1977, 143-144.

în masă cu vaccinul injectabil Salk, iar apoi cu vaccinul oral Sabin, a crescut numărul cazurilor de poliomielită la 700/an, inclusiv cazuri paralitice. Cu toate că autoritățile erau mai mult decât supărate şi l-au chemat pe Dr. Sabin să le dea explicații, cuvintele liniştitoare ale celui care a sintetizat vaccinul periculos nu au putut opri creşterea în continuare a cazurilor grave de boală, la 1.200[157].

În SUA incidental "Cutter" din 1955 este provocat de introducerea vaccinului injectabil Salk, când s-au îmbolnăvit 250 de oameni, îmbolnăvire soldată cu 11 decese[158]. Între anii 1975-1984 au apărut 118 cazuri de poliomielită, dintre care: 10 cazuri epidemice, 85 de cazuri endemice (dintre care 14 neasociate cu vaccinul poliomielitic şi 71 cazuri asociate cu vaccinul poliomielitic), 12 cazuri de "import" şi 11 cazuri la imunodeficienți[159].

OMS s-a folosit de statistici incorecte, luând în calcul doar cazurile cu paralizii începând cu anul 1957, adică în perioada de după administrarea vaccinului. Înaintea introducerii vaccinului, OMS a "numărat" toate cazurile de poliomielită, inclusiv cele uşoare. Este motivul pentru care graficul ne arată o scădere falsă a cazurilor de poliomielită, lucru foarte departe de adevăr[160].

În Africa şi America Latină, OMS recunoaşte în rapoartele sale că, din 34 de țări vaccinate cu virus viu, 24 au relatat o creştere a cazurilor de poliomielită. Luându-se în considerare toate cele 70 de țări din zonele tropicale şi subtropicale, se constată că în 1966 a crescut numărul cazurilor de poliomielită cu 300%![161]

În Italia "vaccinul injectabil Salk a fost introdus în anul 1958. Anul următor, se constată o creştere spectaculoasă a cazurilor: 4.110, dintre care 630 mortale. În 1960, se numără 3.555 de cazuri, dintre care 451 mortale (L. Bevere, C. Cocchini, *La vaccinazione antipoliomielitica in Italia*, Ministere de la Santé, Rome, novembre 1966). Timp de 3 ani, în perioada 1961-1963, s-au înregistrat un număr de 9.509 de cazuri, din care 1.078 mortale, iar 8.431 au supraviețuit paraliziei (Giulio Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, 1979, p. 216)[162].

În lumea a treia, cazurile de poliomielită au cunoscut un regres, deşi nu au existat campanii de vaccinare în masă împotriva bolii. Apoi, după introducerea vaccinurilor antipolio, mai ales în țările sărace, cu condiții socio-economice precare, apar mereu cazuri noi de poliomielită, ceea ce arată inefici-

---

[157] *Ibidem*.

[158] M. Hirte, *op. cit.,* p. 163.

[159] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.,* p. 312.

[160] S. Delarue, *op. cit*., 1977, 147.

[161] Docteur Louis De Brouwer, ATRA, 1996, *op. cit*., 219.

[162] *Ibidem*.

ența vaccinului. În Africa de Sud, "*a izbucnit o epidemie de poliomielită în anul 1982, în Gazankulu, deşi un procent de 61% dintre copiii sub 2 ani erau vaccinati, având o «imunitate completă față de boală», după cum s-a constatat. La fel, se întâmplă în Natal şi Kwa Zulu, unde izbucneşte o epidemie de poliomielită în anul 1988, deşi au fost vaccinați 200.000 de copii. Dintre copiii decedați în spitale, la 30% s-a constatat, în urma analizelor efectuate, o «imunitate eficientă pentru boală» (titru suficient de anticorpi ce s-au format în urma vaccinului), iar la alți 30% dintre cei decedați, o «imunitate incompletă»"*[163]. În literatura din străinătate, precum *JAMA*, *Lancet* şi *Bull. Welt. Health Org.*, sunt relatate multe cazuri de poliomielită izbucnite în țări unde s-a făcut o vaccinare în masă[164].

"OMS începe un program de vaccinare împotriva poliomielitei în întreaga lume, cu scopul de eradicare a bolii"[165], cu toate insuccesele înregistrate în atâția zeci de ani, inclusiv în țările în curs de dezvoltare (aici, poliomielita paralitică este cea mai invalidantă boală cunoscută la ora actuală, fiind cauza multor decese infantile). Rezultatele nu s-au lăsat mult timp aşteptate: în anul 2004, în 10 țări ale Africii reapar cazuri de poliomielită. În 2005 au urmat alte 3 țări: Yemen, Indonezia şi Somalia[166]. OMS nu a dat nicio explicație transparentă şi mai ales credibilă, ci a pus incidentul pe seama întreruperii vaccinării în aceste țări, din motive politice. Nu s-a mai căutat însă alt motiv… *Tot mai mulți experți sunt sceptici şi recunosc că nu este posibilă eradicarea acestei boli*. *Ei arată că ar fi mai bine ca banii folosiți pentru programele extinse de vaccinare să fie investiți în tratamente curative, atât de necesare în aceste țări şi în întreaga lume*[167].

Cazuri de poliomielită s-au relatat şi în țări dezvoltate precum Finlanda, Norvegia şi Olanda. Din august 1984 şi până în ianuarie 1985, în Finlanda au fost declarate 9 cazuri de poliomielită, formă paralitică, şi un caz, formă neparalitică, după ce, timp de 20 de ani, poliomielita a fost considerată eradicată... A fost identificat virusul poliomielitic tip 3 (epidemic, paralitic). Să fie vorba de o mutație a virusului polio? S-a observat că *"anticorpii detectați la oamenii vaccinați nu pot neutraliza virusul, ceea ce ne duce la gândul că s-au dezvoltat noi tipuri antigenice virale".* Pe de altă parte, să ne amintim din cap. 1 ce spun mai mulți autori despre rolul aproape neglijabil al anti-

[163] G. Buchwald, *op. cit.,* 128.

[164] *Ibidem*, 129.

[165] M. Hirte, *op. cit*., 164.

[166] *Ibidem*.

[167] D. A. Henderson, "*Countering the post-eradication threat of smallpox and polio",* *Clin Investig Med* 2002, 34:79-83.

corpilor neutralizanți în poliomielită. Este motivul pentru care oamenii au devenit sceptici şi în privința vaccinului antipolio injectabil. *"Eu, ca medic, nu recomand acest vaccin copiilor, şi mai ales nu înainte de vârsta de 3 ani. Deoarece nu mai avem în Germania cazuri de poliomielită, nici nu mai există posibilitatea de contagiozitate… În cazul în care vaccinul este totuşi administrat începând cu al 3-lea an de viață, reacțiile adverse ale vaccinului nu doar că vor fi mult mai uşor de recunoscut, dar vor fi şi mult mai puține"*[168], spune Dr. Buchwald.

S-a observat că amigdalectomia favorizează apariția poliomielitei[169]. Este un motiv în plus să nu ne grăbim în a recomanda o astfel de intervenție chirurgicală copiilor.

4) Experții avertizează că eradicarea poliomielitei nu este posibilă. Vaccinarea poate răspândi boala şi provoca noi epidemii

a) ***Virusul vaccinal*** *poate redeveni virulent şi poate provoca "poliomielita postvaccinală" şi "poliomielita de contact"*. O dată cu scaunul, se elimină virusul din vaccin în apele de canalizare care se varsă în fluvii. *Virusul îşi recâştigă virulența (dar nu revine la forma lui sălbatică)* şi poate reinfecta oamenii, provocând epidemii, aşa cum s-a întâmplat în Haiti şi în Republica Dominicană[170]. Este vorba de *poliomielita postvaccinală, cu virusul vaccinal*. Oamenii, de teama poliomielitei, se vaccinează pentru a nu face poliomielita cu virusul sălbatic; or, acesta nu se găseşte în scaunul celor vaccinați. Ideea care se vehiculează între oameni, că virusul vaccinal se retransformă în cel sălbatic şi doar vaccinul mai poate preveni boala, este eronată. La oamenii cu un sistem imun slăbit, se observă o eliminare a virusului vaccinal şi după 10 ani de la vaccinare[171].

Virusul din vaccin îşi poate recâştiga **neurovirulența** trecând prin intestinul omului, şi devenind în felul acesta din nou patogen, putând provoca poliomielita postvaccinală, atât după vaccinul injectabil Salk, cât şi după

[168] G. Buchwald, *op. cit.,* 129.

[169] Michel Georget, *Vaccination. Les veritable indesirables*, p 215, p. 281, renv. 58 a 62, et Bickel, *Vaccination: la grande illusion*, avr. 2008, France, 45.

[170] O. Kew, V. Morris-Glasgow, M. Landaverde et al., "*Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine–derived poliovirus",. Science* 2002, 296: 356-359.

[171] P. E. Fine, I. A. Carneiro, *"Transmissibility and persistence of oral polio vaccine viruses: implications for global poliomielytis eradication initiative"*, *Am J Epid* 199, 150:1001-1021

vaccinul oral Sabin. Acest lucru era cunoscut încă din anul 1962, când Friedman şi colaboratorii săi au arătat, în urma unui studiu, că la maimuţe virusul vaccinal poliomielitic tip 3 (paralitic) îşi creşte virulenţa după ce trece prin intestinal uman. Ei au analizat şi modificări asemănătoare la virusul poliomielitic tip 1, care este foarte important pentru epidemiologia bolii. Au observat că acest tip de virus are o neurovirulenţă variabilă la maimuţă, dar, trecând prin intestinul uman, ea creşte, fără a fi influenţată de durata infecţiei intestinale. Nu este de mirare că au apărut cazuri de poliomielită postvaccinală. În 1963, un pacient din Michigan moare la 16 zile după vaccinul Salk, în urma unei meningite diseminate, iar altul moare după vaccinul oral Sabin, tip 3, în urma unei meningoencefalite diseminate[172]. Alte 87 de cazuri de poliomielită postvaccinală, apărute după vaccinul oral Sabin, s-au raportat în zone neepidemice. Boala a apărut între zilele 4 şi 30 după vaccin. Cu toate acestea, s-a recomandat în continuare vaccinarea[173].

Este cunoscut faptul că virusul vaccinal poate infecta şi pe cei nevaccinati, atât copii, cât şi adulţii. Este vorba de **poliomielita de contact**. Patterson şi Bell (1963) au descris două cazuri la copii, de la o grădiniţă din Glasgow: primul caz a apărut la 5 luni după a doua doză de vaccin "inactivat", la un copil de 4 ani; în acelaşi timp, s-a îmbolnăvit în aceeaşi grădiniţă, încă un copil, dar acesta era nevaccinat; virusul poliomielitic tip 1 a fost găsit în scaun, la amândoi copiii[174]. Stolley şi alţii (1968) au descris un caz de poliomielită paralitică la un sugar de 6 luni şi care fusese în contact cu un verişor de-al lui, vaccinat cu vaccinul oral Sabin, tipul 2, în urmă cu 33 de zile[175].

b) Ce se întâmplă cu copiii care nu sunt vaccinati?

Nimeni nu a evaluat vreodată gradul de protecţie împotriva poliomielitei la copiii care, deşi nu au fost vaccinaţi, nu au făcut boala**.** Dacă s-ar fi făcut acest lucru, s-ar fi observat că există alţi factori care contribuie la răspândirea infecţiilor, inclusiv a poliomielitei[176].

---

[172] R. M. Friedman, R. L. Kirschstein, G. S. Borman und F. Robbins, "*Characteristics of Sabin type I polivirus after gastrointestinal passage in newborn infants. I. Monkey neurovirulence and temperature marker findings", Am J Hyg.* 1962; 76:137-143.

[173] V. Scheibner, *op. cit.,* 2000, 192.

[174] W. J. Patterson, und E. J. Bell, "*Poliomyelitis in a nursery school in Glasgow", Br Med J.*,1963 Jun 15; 1574-1576.

[175] P. D. Stolley, J. M. Joseph, J. C. Allen, G. Deane und J. H Janney, "*Poliomyelitis associated with type-2 poliovirus vaccine strain. Possible transmission from an immunised child to a non-immunised child", Lancet* 1968. 30;1(7544):661-3.

[176] V. Scheibner, *op. cit*., 2000, 193.

c) Imunosupresia provocată de vaccinurile "obligatorii". Poliomielita provocată. Sindromul postpoliomielitic.

În 1979, Nathanson şi Martin fac publică o analiză a epidemiologiei poliomielitei. Ei afirmă că, deşi s-au dus campanii intense de vaccinare timp de 100 de ani cu diverse vaccinuri antipolio şi s-au făcut studii aprofundate ale epidemilogiei legate de această boală, cu toate acestea, nu s-a găsit încă răspunsul la multe întrebări legate de unele aspecte ale epidemiologiei bolii. Unul dintre aceste aspecte îl reprezintă creşterea bruscă a cazurilor de îmbolnăviri poliomielitice în anumite perioade pentru care autorii nu au niciun răspuns, dar se pare că sunt direct legate de introducerea unor noi vaccinuri: între anii 1945-1954 s-au introdus vaccinurile DTP (antidifteric, antitetanos şi antipertussis). În alte țări s-a remarcat acest lucru după introducerea vaccinului antivariolic (Germania, SUA). Este vorba de **poliomielita provocată.** Fenomenul prin care o boală poate fi provocată, prin suprimarea altor simptome, este binecunoscut[177].

Caz clinic: Williams şi colab., au descris cazul unui pacient care suferea de *Lichen plan:* simptomele acestuia au dispărut după tratamentul cu Cortizon, atât local (topic), cât şi pe cale generală; după o lună au apărut noduli roşii la nivelul pielii, care s-au extins rapid pe întregul corp; la nivelul plămânilor s-au evidențiat zone reticulo-nodulare şi s-a pus diagnosticul unei leucemii limfocitare cu celule T; la pacient s-au găsit anticorpi împotriva virusului leucemic cu celule T (HTLV). Autorii au recunoscut că există o legătură clară între leucemia animală (deci posibil şi umană) şi retrovirusuri. Din pricina imunosupresiei şi a infecției latente cu retrovirusuri (care au contaminat vaccinurile), leziunile s-au manifestat ca şi un lichen plan. Prin tratarea cu Cortizon, a fost provocată o *leucemie*[178]. S-a constatat ulterior că vaccinurile antipolio au fost contaminate cu SV40 (virus simian, un retrovirus), care poate provoca tumori maligne şi leucemie. *La ora actuală se ştie că există o legătură evidentă între epidemiile de SIDA şi vaccinul antipolio* (după unii autori, şi cu vaccinul antivariolic). Şi în aceste cazuri, imunosupresia şi contaminarea vaccinurilor antipolio cu virusuri siminene (SIV) au dus la declanşarea bolii SIDA). Ne întâlnim mereu cu acealşi principiu: *prin suprimarea unei boli (cu vaccinuri sau imunosupresive), o provocăm pe alta.*

---

[177] N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: "*The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance*", *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692.

[178] C.K.O. Williams, G. O. Alabi, T. A. Junaid,. C. Saxinger, R. C. Gallo, D. W. Blayney, W. A. Blattner, M. F. Greaves, "*Frequency of adult T-cell leukaemia/lymphoma and HTLV-I in Ibadan, Nigeria*", *British Journal of Cancer.* 05/1993; 67(4):783-6.

În anii ’70-’80, au apărut în literatura medicală o serie de date legate de un nou sindrom: **Sindromul post-poliomielitic** (SPP). Era vorba de un sindrom asemănător cu poliomielita, **asociat cu astm bronşic, denumit “Sindromul Hopkins”.** La toți copiii bolnavi, s-a constatat o uşoară deficiență imună, iar în copilărie au primit toate vaccinurile antipolio, orale. Mai mulți autori au pus acest sindrom pe seama unei imunodeficiențe celulare (Th1). Astmaticii au, în comparație cu neastmaticii, o reacție imunologică redusă. Toți copiii vaccinați şi care au suferit o criză gravă de astm au prezentat o formă de paralizie la câteva zile după criză. La niciunul dintre ei nu s-a putut evidenția virusul poliomielitic. Autorii vorbesc de o etiologie necunoscută a sindromului, dar recunosc totodată că toți cei care suferă de sindrom au primit anterior toate vaccinurile antipolio. *Este posibil ca această imunodeficiență să fie provocată tocmai de vaccinuri*, aşa cum se întâmplă deseori şi la copii sănătoşi. Ulterior, un virus latent (vaccinal) sau un virus oportun a putut afecta măduva spinării, provocând paralizia. Este şi motivul pentru care virusul poliomielitic nu a putut fi găsit în intestinul copiilor. Este posibil ca aceşti copii să fi primit şi trivaccinul DTP, care ar fi putut provoca astmul bronşic. *Tratarea crizelor de astm cu Cortizon a dus în cele din urmă la apariția paraliziilor*[179]. La ora actuală există tratamente alternative pentru astm, mult mai eficiente şi mult mai indicate decât *“vechiul Cortizon, care este un cuțit cu două tăişuri”*.

REPERE BIBLIOGRAFICE
Capitolul 2

1.) Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst,* emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany.
2.) Marin Gh.Voiculescu, *Boli Infecțioase,* vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1990.
3.) Dr. Theodor Nasemann, *NATUR* 11/1988: “...Erst jetzt könne man űber die Nebenwirkungen der Pokenimpfung sprechen”. (www.naturkost.de), (http://www.yasni.de/theodor+nasemann/person+information/natur).
4.) Rezoluția O.M.S., 8 mai 1990, Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544465_rum.pdf
5.) Simone Delarue*, Impfschutz:Irrtum oder Lűge*?, 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany.
6.) Louis De Brouwer, *Nous sommes tous des cobayes*. *Le Triomphe de la Desinformation Permanente*, Guy Tredaniel Editeur, 2000, Paris.
7.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, (http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%20 1591_1110_2010.pdf/view.

[179] V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 195-197.

8.) Thomas McKeown: *"Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis*?", Aus dem Englischen von Cornelia Rülke und Bernahrd Badura. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982.
9.) Torsten. Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn. Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio*. Emuverlag, 6 Auflage 2010, Germany.
10.) A. Donald, M. D. Henderson, MPH: *"Countering the post-eradication threat of smallpox and polio"*, *Clin Investig Med* 2002. http://publichealth.sdsu.edu/miscfiles/henderson.pdf.
11.) Atkinson, 2008, 101. http://www.mayoclinic.com/health/polio/DS00572/DSECTION=symptoms
12.) Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch fűr die individuelle Impfentscheidung,* MensSana Verlag, 2008, Germany.
13.) Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptirsache fűr den plötzlichen Kindstod (SID) sind.* 2. Auflage 2000, Hirthammer Verlag GmbH, Germany.
14.) Dr. Louis De Brouwer, "*Vaccinations: erreur mèdicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences",. Atra*, janvier 1996, Suisse.
15.) B. H. Sweet und M. R. Hilleman, 1960: *"The vacuolating virus, SV40*", Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. (New-York, N.Y.),105.. http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/sv40.
16.) E. Geissler, *"SV 40 and human brain tumors"*, *Progress in Medical Virology* 1990, http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/sv40, Michele Carbone, Harvey. I. Pass, L. Miele, M. Bocchetta, *"New developments about the association of VS 40 with human mesothelioma"*, *Oncogene* 2003.
17.) J. L. Melnick, S. Stinebaugh: *"Excretion of vacuolating SV-40 virus (papova virus group) after ingestion as a contaminant of oral poliovaccine."* Proc.Soc Exp Biol Med 1962, 109. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14472428.
1.) J. L. Melnik, 1962, Mar 30: "*Papova virus group*", *Science*; 135. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14472429.
2.) J. A. Morris, R. E. Blount Jr. und R. E. Savage: "*Recovery of Cytopathogenic Agent from Chimpanzees with Goryza"*, Proc Soc Exp Biol Med, *July 1956.* http://ebm.rsmjournals.com/content/92/3.authorindex., http://ebm.rsmjournals.com/content/ 92/3/544.full.pdf+html.
3.) R. H. Parrott, A. J. Vargoslo, Hyun Wha Kim, , C. Cumming, H. Turner, R. J. Huebner, R. M.Chanock: "*Respiratory syncytial virus. II. Serologic studies over a 34-month period of children with bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases*", JAMA, 1961. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13732993
4.) R. M. Chanrock, H. Wha Kim, A. J. Vargosko, A. Deleva, K. M. Johnson, C. Cumming und R. H. Parrott, 1961: *"Respiratory syncytial virus. I. Virus recovery and other observations during 1960 outbreak of bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases in children"*, JAMA, 1961 May 27, 176:647-53.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13692354
5.) V. V., A. Ketler und M.R. Hilleman: "*Recovery of new viruses (coryzavirus) from cases of common cold in human adults."* Proc. Soc Exp Biol Med;1961. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13904225
6.) Waler. S. Kyle, "*Simian retroviruses, poliovaccine and origin of AIDS"*, *The Lancet*, Volume 339, 7 March 1992, Pages 600–601. http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736 (92) 90876-5.
7.) Agenda Medicală 2012, Ediția de buzunar, 866.
8.) F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum. Vorwort und Anhang fűr die deutsche Ausgabe von Dr.med. Gerhard Buchwald,* 7.Auflage,Hirthammer Verlag 1998, Germany.

9.) HRSA (Health Resources and Services Administration):*Vaccine Injury Table Februar* 2007, http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/table.htm.

10.) N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: "*The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance*." *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/400274.

11.) F. C. Sitzmann FC (Hrsg): *Impfungen. State of the Art und aktuelle Empfehlungen*. Hans Marseille Verlag GmbH, München, 1998, 47 – 53. http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=4200::Dekubitus.

12.) Bertram P. MacCloskey : "*The Relation of Prophylactic Inoculation to the Onset of Poliomyelitis". Lancet.*1950 April. 18. http://www.whale.to/v/bertram_mccloskey.html.

13.) B. A. Hill und J. Knowelden, July 1, 1950: "*Inoculation and poliomyelitis. A statistical investigation in England and Wales in 1949", Br Med J*. http://www.impfkritik.de/efvv/bericht/Appendix-5-Bibliography.pdf.

14.) F. O. MacCallum, *"Clinical poliomyelitis in association with peripheral inoculation of prophylactics", Br Med J*. 1950, 1 July. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15426790.

15.) P. James, M. D Leake: "*Anterior poliomyelitis and pertussis and diphtheria immunization"*, *JAMA*. 1950 Sept 16. http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=295896.

16.) G. W. Anderson und A. E. Skaar, "*Poliomyelitis occurring after antigen injections*."(*Poliomyelitis nach Antigen-Injektionen), Pediatrics*, 1951, Jun. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14843793

17.) Donald A. Henderson, MD, MPH "*Countering the post-eradication threat of smallpox and polio", Clin Investig Med* 2002. http://publichealth.sdsu.edu/miscfiles/henderson.pdf.

18.) Michel Georget, *Vaccination: Les veritable indesirables*. Bickel: *Vaccination: la grande illusion*, avr.2008, France.

19.) O. Kew, V. Morris-Glasgow, M. Landaverde et al., "*Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine–derived poliovirus", Science* 2002, Apr.12. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11896235.

20.) P. E. Fine, I. A. Carneiro, *"Transmissibility and persistence of oral polio vaccine viruses:implications for global poliomielytis eradication initiative"*, *Am J Epid. 1999 Nov. 15;* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568615.

21.) R. M. Friedman, R. L. Kirschstein, G. S. Borman und F. Robbins, 1962: "*Characteristics of Sabin type I polivirus after gastrointestinal passage in newborn infants. I. Monkey neurovirulence and temperature marker findings." Am J Hyg*. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13895288.

22.) W.J. Patterson, und E. J. Bell, "*Poliomyelitis in a nursery school in Glasgow", Br Med J*,1963 Jun 15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13941922.

23.) P.D. Stolley, J.M. Joseph,, J. C. Allen, G. Deane und J. H.Janney, "*Poliomyelitis associated with type-2 poliovirus vaccine strain. Possible transmission from an immunised child to a non-immunised child", Lancet 1968*. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4170650.

24.) C. K. O. Williams, G. O. Alabi, T. A. Junaid, C. Saxinger, R. C. Gallo, D. W. Blayney, W. A. Blattner, M. F. Greaves, "*Frequency of adult T-cell leukaemia/lymphoma and HTLV-I in Ibadan, Nigeria*", *British Journal of Cancer 1993.* http://www.researchgate.net/publication/14728749_Frequency_of_adult_T-cell_leukaemialymphoma_and_HTLV-I_in_Ibadan_Nigeria

Capitolul 3

Reacții adverse, boli şi complicații postvaccinale

Rezumat

După 200 de ani de la apariția primelor vaccinuri, Medicina refuză în continuare să aducă suficiente explicații legate de reacțiile postvaccinale. Rezultatul este unul dramatic: o nouă patologie pediatrică: **boli autoimune, boli neurologice, ADHD, autism, boli atipice, encefalitele postvaccinale, sindromul postencefalitic (epilepsie, paralizii, tulburări de vedere, auz şi vorbire etc.).** Vaccinurile din copilărie au deschis o "poartă" şi pentru alte boli cronice, nevindecabile, cu care se confruntă deja întreaga omenire, în special copiii: leucemii, cancere rare etc. Americanul Harris Coulter împreună cu Leo Kanner şi numeroşi alți autori au dovedit legătura evidentă dintre vaccinuri şi aceste afecțiuni. *Modul în care vaccinurile transformă copiii în bolnavi cronici* face şi subiectul cărții lui Rene Prűmmel (*Kleine Opfer. Wie aus Kindern chronisch Kranke werden*, 2011, Germany).

O critică serioasă, *oficială* a vaccinărilor în lume nu există la ora actuală fiindcă, pe de o parte, nu există un institut ştiințific care să aibă atribuția de a răspunde la întrebări privitoare la siguranța calității vaccinurilor, sau de a arăta necesitatea unor anumite vaccinuri, şi, pe de altă parte, fiindcă *mass-media* nu arată interesul de a trata aceste subiect din punct de vedere neutru şi în mod obiectiv. De obicei mesajele sunt tendențioase şi se observă intenția de a transmite un mesaj subiectiv. Criticii vaccinurilor sunt invitați de obicei doar pentru a arăta că există şi o opoziție în această problemă. Dar asta nu înseamnă că aceşti critici ai vaccinurilor nu au lăsat amprente în populație şi observăm acest lucru în special *în țările germanice*, unde există deja un număr mare de oameni care nu îşi vaccinează copiii, în comparație cu SUA sau țările scandinavice, unde refuzul vaccinurilor este destul de neînsemnat[1].

---

[1] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lűbbe Taschenbuch Verlag, 2008, Germany, 239.

"**Sindromul postvaccinal**" (ISS: "Impfschadensyndrom") cuprinde reacțiile/bolile secundare ale vaccinurilor, despre care nu se vorbeşte în mod oficial. Denumirea a fost dată de criticii vaccinurilor din Occident, majoritatea fiind medici, care încearcă să dea *un semnal de alarmă*. Cu toate acestea, sindromul nu este recunoscut nici la ora actuală, deoarece numai efectele secundare ce apar în primele zile după vaccin (maximum 42 zile) pot fi considerate eventuale reacții secundare. Or, în cadrul sindromului postvaccinal este vorba, în majoritatea cazurilor, de boli/reacții cronice, care apar după un timp mai îndelungat de la administrarea vaccinurilor (ani şi zeci de ani). *Se închid ochii în fața problemei esențiale: a consultațiilor şi supravegherii copiilor cu astfel de reacții.* ***De aceea, statisticile oficiale privind efectele secundare ale vaccinurilor sunt inutile.*** De cele mai multe ori, cel care transmite Comisiei o statistică a reacțiilor secundare este chiar membru al acestei Comisii şi o face în mod verbal. Majoritatea reacțiilor adverse sunt silențioase, fără acuze acute subiective, cu un debut tardiv, şi este nevoie de o "reconstruire a cazului", care desigur nu se face[2].

În România

Pentru România avem statistici alarmante în ceea ce priveşte bolile rare şi cazurile de autism la copii. Prof. dr. Iuliana Dobrescu este alarmată de numărul semnificativ de mare de copii pe care îi diagnostichează cu **autism** în Clinica de Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie Prof. Dr. "Alexandru Obregia", pe care o conduce: "***Cred că avem circa 100 de cazuri pe lună. Este o nenorocire****! Noi am ajuns să avem 10 cazuri noi pe săptămână şi să internăm până la 15 copii, cazuri vechi şi noi, pe săptămână, cu boala aceasta. Trei copii pe săptămână aveam acum 4-5 ani",* afirma Domnia Sa"[3].

Vaccinurile din copilărie au deschis o "poartă" şi pentru alte boli cronice, nevindecabile, cu care se confruntă deja întreaga omenire, în special copiii. *"Peste un milion de români suferă de o boală rară… Statisticile arată că 75% dintre pacienții cu boli rare sunt copiii"*, conform datelor Alianței Naționale pentru Boli Rare, România. *"Bolile rare apar la 3-4% dintre naşteri, potrivit statisticilor Comisiei Europene. Bolile rare au cauză genetică (80%), dar pot*

[2] *Ibidem*, 301.

[3] Mihaela Stoica , *Adevărul*, 22 nov 2010: "*Am ajuns să avem până la 10 cazuri noi de autism pe săptămână. Este o nenorocire!"* ;–http://www.psihologiaonline.ro/component/fireboard/?func=view&catid=23&id=998&start=84

fi şi dobândite. Acestea pot fi boli autoimune, metabolice, malformații congenitale, boli toxice şi infecțioase, boli pulmonare, leucemii sau alte cancere rare. La nivel european, peste 30 de milioane de oameni suferă de afecțiuni rare, ceea ce reprezintă peste 8% din populație, iar incidența acestor boli este de 0,05% (5/10,000 europeni). ***Până în prezent au fost identificate între 6.000 şi 8.000 de tipuri de boli rare la nivel mondial****"*[4]. Eforturile făcute de o țară destul de săracă cum este România, de a-i trimite pe aceşti copii la tratamente foarte costisitoare, în țările occidentale, unde poate au o şansă de supraviețuire, sunt imense, dar ele nu acoperă decât o foarte mică parte din nevoi: "*9 din 10 pacienți nu beneficiază de un tratament adecvat, pe fondul lipsei diagnosticului sau diagnosticării tardive*", aflăm din aceleaşi surse. În mod cert, nu asta-i soluția. Pe toți nu-i putem trimite, oricât de bogați (sau săraci) am fi… Nu se caută rezolvarea acolo unde trebuie. O mare parte din aceste boli pot fi prevenite prin sistarea vaccinurilor.

Ce aflăm din literatura de specialitate despre reacțiile adverse postvaccinale?

În cartea *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală*, autorii definesc reacțiile adverse postvaccinale ca "fiind un eveniment medical indezirabil, temporal asociat cu vaccinarea şi care poate fi sau nu cauzat de vaccin sau vaccinare. Criteriul asocierii incidentului sau a accidentului observat cu vaccinarea, este apariția acestuia în *primele 4 săptămâni* (cu excepția unor reacții adverse după vaccinarea BCG) după administrarea preparatului vaccinal. Majoritatea reacțiilor adverse nu sunt patognomonice, *relația cauzală se poate stabili rar şi doar cu siguranță relativă*"[5]. Cu alte cuvinte, *majoritatea reacțiilor adverse care apar după un vaccin nu vor putea fi recunoscute şi demonstrate decât într-o măsură "relativă" şi nici nu poate fi învinovățit nimeni... Atunci, ne întrebăm: unde este siguranța copiilor noştri? Ce atitudine, profesională şi morală, poate lua un medic, ştiind că oricare dintre vaccinuri, poate provoca reacții adverse severe la copil, pe care nu le poate preveni, şi nici dovedi ulterior. Este un act medical care, deşi nu este unul curativ (deci nu este necesar!), comportă un risc mare, pe care medicul nu-l poate estima... Cel mai grav este faptul că nu există vindecare pentru cele mai severe reacții adverse (Sindromul Guillain-Barre, encefalopatii, epilepsii etc.).*

[4] http://www.gandul.info/news/peste-un-milion-de-romani-sufera-de-o-boala-rara-75-dintre-acestia-sunt-copii-9351697

[5] M. I. Brumboiu, I. S. Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală,* Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2005, 58.

Există la ora actuală în România “un sistem de supraveghere, introdus în anul 1996, în cadrul căruia, reacțiile adverse postvaccinale se declară către autoritățile medicale de sănătate publică. Definițiile standard de caz utilizate în țara noastră pentru supravegherea reacțiilor adverse postvaccinale corespund celor elaborate de OMS în anul 1991, dintre acestea fiind următoarele[6]:

- abcesul la locul injectării vaccinului;
- limfadenita;
- reacția locală severă: eritem/tumefiere;
- Sindromul Guillain-Barre;
- encefalopatia;
- convulsiile febrile sau afebrile;
- starea de colaps sau şoc cu hipotonie, hiporeflexie;
- plânsul persistent;
- sindromul de şoc toxico-septic.

“După cauzele reacțiilor adverse postvaccinale, ele se clasifică în 4 categorii: asociate programului de vaccinare, induse de vaccin, coincidențe sau necunoscute”[7]. Pentru noi, de un real interes sunt doar cele *induse de vaccin, din a 3-a categorie* (primele fiind considerate “o eroare de administrare”, iar ultimele două nu ne ajută la rezolvarea cauzelor reacțiilor adverse). Reacțiile adverse, induse de vaccin, sunt “manifestări cauzate de **reacția particulară a unui individ la un anumit vaccin**, ca de exemplu reacția febrilă, erupții cutanate, convulsii sau reacții locale cu eritem, sensibilitate şi durere la locul injectării”[8]. Dacă doar la atât s-ar rezuma toate complicațiile postvaccinale, nu s-ar mai fi scris atâtea documente, cărți etc. de peste 100 de ani şi nici nu ar fi anual sute de procese pe rol, în țările occidentale, din cauza reacțiilor adverse postvaccinale grave. Asupra “reacției particulare la vaccin” voi reveni pe parcursul capitolului.

Conform “Listei definițiilor **RAPI** – reacții adverse postvaccinale”[9], toate reacțiile adverse următoare vor fi raportate dacă sunt asociate temporal cu imunizarea. *Acestea includ toate acele evenimente care apar în primele 4 săptămâni după administrarea vaccinului:*

1) Reacții adverse locale

Abces la locul injectării: apariția unei leziuni fluctuante sau supurative la locul injectării, cu sau fără febră.

---

[6] *Ibidem*, 58-59.

[7] *Ibidem.*

[8] *Ibidem*, 59-60.

[9] http://www.amfms.ro/din_presa/627.html ; http://emedic.ro/Legislatie/58.pdf

Bacterian: prezența de puroi, semne de inflamație, febră, germeni Gram pozitivi, culturi pozitive sau predominența neutrofilelor care susține diagnosticul de abces bacterian, fără ca absența acestor semne să infirme acest diagnostic.

Steril: absența semnelor de infecție bacteriană la investigație.

Limfadenita (inclusiv limfadenita supurată).

Apariția unuia dintre simptomele următoare:

(1) cel puțin un ganglion limfatic de 1,5 cm (un lat de deget de adult) sau mai mare;

(2) un ganglion limfatic fistulizat.

Este cauzată, aproape în exclusivitate, de BCG şi apare la 2-6 luni după vaccinare, situată pe aceeaşi parte cu inocularea (frecvent axilară).

Toate reacțiile adverse următoare vor fi raportate dacă sunt asociate temporal cu imunizarea. Acestea includ toate acele evenimente care apar *în primele 4 săptămâni* după administrarea vaccinului.

Reacție locală severă

Eritem şi/sau tumefacție centrată pe locul injectării, acompaniate de unul sau mai multe dintre următoarele semne :

(1) tumefacție care se extinde până la o articulație vecină;

(2) durere, eritem şi tumefacție care durează peste 3 zile;

(3) semne care necesită spitalizare.

În mod curent, după administrarea vaccinurilor injectabile apar reacții locale de intensitate mai redusă, în general fără consecințe. Pentru obiectivele supravegherii se acordă prioritate numai reacțiilor locale severe descrise mai sus.

2) Reacții postvaccinale care afectează sistemul nervos central

Paralizia acută

Paralizia poliomielitică asociată cu vaccinarea: paralizia acută flască cu debut la 4-30 de zile după primirea de vaccin polio oral (VPO), sau la 4-75 de zile după contactul cu un recipient de VPO, cu deficit neurologic care persistă la 60 de zile după debut, sau deces.

Sindrom Guillain-Barre (SGB): afecțiune caracterizată prin debut acut de paralizie flască simetrică, rapid progresivă, ascendentă, fără febră la debutul paraliziei şi cu pierderea sensibilității. Cazurile de SGB sunt diagnosticate prin examenul lichidului cefalorahidian (LCR) care arată disociație albumino-citologică.

SGB care debutează până la 30 de zile după o imunizare trebuie raportat.

Encefalopatia

Encefalopatia este o afecțiune majoră cu debut acut, asociată temporar cu imunizarea şi caracterizată prin minimum două din următoarele 3 condiții:

(1) convulsii;

(2) conştiența grav alterată pe o perioadă de o zi sau mai mult;

(3) modificări distincte de comportament cu o durată de cel puțin o zi.

Cazurile de encefalopatie care survin în primele 72 de ore după o vaccinare se raportează.

Encefalita

Encefalita se caracterizează prin apariția simptomelor descrise mai sus, având în plus semne de inflamație cerebrală, în cele mai multe din cazuri caracterizate prin pleiocitoză sau/şi izolare de virus din lichidul cefalorahidian (LCR). *Cazurile de encefalită care survin la 1-4 săptămâni după imunizare trebuie raportate.*

Meningita

Afecțiune gravă caracterizată prin apariția brusca de febră, redoare de ceafă, semne meningeale (Kernig, Brudzinski). Simptomele pot fi discrete sau similare celor din encefalită.

Examenul LCR constituie metoda de diagnostic cea mai importantă: pleiocitoza (hiperleucocitoza) şi/sau depistarea de germeni (colorați Gram sau izolați).

Convulsii

Convulsii care durează de la câteva minute până la peste un sfert de oră, neacompaniate de simptome sau semne neurologice de focar; a) convulsii febrile sau b) convulsii afebrile.

Convulsiile apărute in primele 3 zile după administrarea vaccinului DTP (diftero-tetano-pertussis) implică precauțiuni în administrarea dozelor următoare de DTP – Ord. MS nr. 1349 / 13.07.1995.

3) Alte efecte secundare

Reacții alergice

Prezența unuia sau mai multora dintre următoarele simptome: 1) erupție cutanată (ex.: urticarie, eczemă); 2) wheezing; 3) edem al feței sau generalizat.

Reacție anafilactoidă (hipersensibilitate acută)

Reacție acută exagerată, care apare in primele 2 ore după imunizare, caracterizată prin una sau mai multe dintre următoarele condiții: 1) wheezing sau respirație superficială din cauza bronhospasmului; 2) laringospasm/edem

laringian; 3) una sau mai multe manifestări cutanate (ex.: urticarie, edem facial sau edem generalizat).

Şoc anafilactic

Colaps cardiovascular (nivel de conştienţă alterat, scăderea tensiunii arteriale, absenţa sau diminuarea pulsului periferic, facies vultuos şi transpirație abundentă), cu sau fără bronhospasm sau laringospasm/edem laringian, ducând la insuficiență acută respiratorie, intervenite imediat după vaccinare.

Artralgii

Dureri articulare care afectează în general articulațiile mici periferice.

A. Persistente

Durerea articulară durează peste 10 zile.

B. Pasagere

- Durerea articulară durează sub 10 zile.
- Infecție BCG diseminată
- Infecția diseminată se manifestă la 1-12 luni după vaccinarea BCG şi este confirmată prin izolarea tulpinii BCG de *Mycobacterium bovis*.

Febra:

A. Febra uşoară

Temperatură de 38ºC – 38,5ºC (măsurată rectal).

B. Febră înaltă

Temperatură de 39ºC – 40,4ºC (măsurată rectal).

C. Hiperpirexie

Temperatură –40,5ºC (măsurată rectal).

D. Febră nespecificată

Temperatura presupusă a fi înaltă, dar nemăsurată.

Se raportează numai febra înaltă şi hiperpirexia.

Colaps – şoc cu hipotonie, hiporeflexie: sindrom caracterizat prin paloare survenită brusc, pierderea sau diminuarea reactivității, pierderea sau diminuarea tonicității musculare (se manifestă în primele 24 de ore după vaccinare). Puseul este tranzitoriu şi autolimitat.

Colapsul (şocul cu hipotonie, hiporeflexie) apărut în primele 48 de ore după administrarea de DTP implică precauțiuni la administrarea dozelor subsecvente de DTP – Ord. MS nr. 1349/13.07.1995.

Osteita/osteomielita: inflamaţie osoasă consecutivă vaccinării BCG (apărută la 8-16 luni după vaccinare) sau având altă etiologie bacteriană.

Plâns persistent: plâns continuu, inconsolabil, care durează peste 3 ore, însoțit de geamăt caracteristic.

Plânsul persistent apărut în primele 48 de ore după administrarea de DTP implică precauțiuni la administrarea dozelor subsecvente de DTP – Ord. MS nr. 1349/13.07.1995.

Septicemie: maladie severă generalizată cu debut brusc, datorată unei infecții bacteriene confirmată prin hemoculturi pozitive.

Sindrom toxico-septic: maladie gravă caracterizată prin debut brusc, cu febră, vomă şi diaree apoasă survenită la câteva ore după imunizare şi ducând frecvent la deces în 24-48 de ore.

4**. Alte reacții secundare grave şi neobişnuite care se produc până la 4 săptămâni după imunizare (nespecificate mai sus*)***

Se vor raporta toate decesele survenite *în primele 4 săptămâni* după imunizare, cărora nu li s-a stabilit altă cauză. Se vor raporta, de asemeni, toate efectele secundare postvaccinale neobişnuite[10].

Consider că ***lista RAPI (reacții adverse postvaccinale) este incompletă din următoarele motive:***

1. Perioada până când complicațiile postvaccinale sunt recunoscute este extrem de scurtă. *O serie de complicații postvaccinale debutează după 4 săptămâni* (aşa cum reiese din studiile ce sunt prezentate în acest capitol).
2. Sunt recunoscute oficial doar o parte din reacțiile postvaccinale, *cele mai severe fiind omise.*
3. *Lipsa de informare a medicilor* despre reacțiile adverse postvaccinale “atipice”, apărute înainte şi după 4 săptămâni. *Este motivul pentru care nici părinții nu vor fi informați* despre complicațiile postvaccinale “tipice” şi “atipice”, medii şi severe. Lista definițiilor RAPI, aşa cum este ea (incompletă, dar cel puțin există…), ar trebui arătată părinților înainte de fiecare vaccinare. *Notele privind “precauțiunile” pentru o nouă vaccinare cu DTP în cazul apariției convulsiilor sau a plânsului persistent sunt insuficiente. Formularea “toate efectele secundare postvaccinale neobişnuite” este, de asemenea, vagă.*

Conform anexei la Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010 pentru aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012, **unul din** obiectivele Programului Național de Imunizări este

[10] http://www.amfms.ro/din_presa/627.html

realizarea imunizărilor conform calendarului național de vaccinare (b). Calendarul de vaccinare 2011, prevăzut în ordin este”[11]:

Vârsta recomandată	**Vaccin**	**Comentarii**
Primele 24 de ore 2-7 zile	Hep B BCG	În maternitate
2 luni	DTPa-VPI-Hib, Hep B,	Simultan,
4 luni	DTPa-VPI-Hib	Simultan
6 luni	DTPa-VPI-Hib, Hep B,	Simultan
12 luni	DTPa-VPI-Hib, RRO	Simultan
4 ani	DTPa	
7 ani (în cls I-a)	RRO	Campanii şcolare
9 ani (în cls III-a)	VPI,	Campanii şcolare
14 ani (în cls VIII-a)	dT	Campanii şcolare

Abrevieri: DTPa = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular; VPI = vaccin polio inactivat; Hep B = vaccin hepatitic B; DTPa-VPI-Hib = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus B; RRO = vaccin rujeolic-rubeolic-oreion; BCG = vaccin de tip Calmette Guerrin; dT = vaccin diftero-tetanic pentru adulți; DTPa-VPI-Hib = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus B

Din tabel rezultă că, până la vârsta de 6 luni, un sugar din România primeşte 19 vaccinuri, iar până la un an, un total de 27 de vaccinuri (!). La acestea se mai adaugă încă 7 vaccinuri până la vârsta de 9 ani, însumând 34 de vaccinuri, fără ca să adăugăm şi altele, “opționale”: antigripale, antimeningococic, anti-rotavirus, anti-pneumococic etc.

În Occident

Aici, datele despre reacțiile adverse postvaccinale sunt mult mai variate, dar lista este de asemenea incompletă şi inexactă.

După Ute Quast, un vaccin poate provoca *reacții, boli sau complicații postvaccinale*[12].

[11] http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view

[12] Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar

Boala postvaccinală este însăşi boala pentru care se face vaccinul şi apare numai în cazul vaccinurilor cu virusuri vii (rujeolă, varicelă etc.), care sunt "atenuate" şi pot, la anumite persoane, cu o imunitate modificată, să provoace boala pentru care au fost vaccinaţi cu virusul vaccinal: rujeolă postvaccinală, varicelă postvaccinală etc.[13]. Toți sugarii au o imunitate imatură, în curs de formare şi perfecţionare, motiv pentru care şi ei sunt expuşi unor asemenea boli postvaccinale, cu atât mai mult copiii prematuri sau cei cu deficienţe imune. **Deoarece la sugari, înainte de a fi vaccinaţi, starea de sănătate este apreciată doar clinic (Diagnostic: "clinic sănătos"), nu şi paraclinic (cu efectuarea testelor de laborator pentru un deficit imun, o stare de alergie, teste genetice pentru evidenţierea unor anumite "predisoziții genetice" etc.), noi riscăm să accentuăm afecţiunile subclinice (deficite imune etc.) sau să le provocăm alte boli (alergice, autoimune, leucemie etc.), şi, nu în ultimul rând, bolile pentru care au fost vaccinaţi.** Deşi efectuarea unor astfel de analize, foarte scumpe, tuturor sugarilor, ar reduce sunbstanţial incidenţa reacţiilor adverse la vaccinuri, ştim că este o utopie... De asemenea, un medic cunoaşte faptul că, oricâte analize ar efectua, nu va putea afirma niciodată despre un sugar că are o stare perfectă de sănătate. "Reacţia particulară a acestuia" faţă de vaccinuri nu rezultă din nicio analiză şi nici nu poate fi prevăzută.

Reacţiile adverse, mai uşoare sau mai grave, sunt considerate a fi *"fenomene trecătoare"*. *Reacţiile uşoare* sunt: înroşire şi/sau tumefiere locală, febră, astenie marcată, agitaţie nervoasă. *Reacţiile adverse severe:* apatie (stare de absenţă) sau hiperexcitabilitate ("strigăt ascuţit"), crize convulsive, abcese locale, artralgii, crize de apnee, diverse reacţii alergice: rinita alergică, astm bronşic alergic, şocul alergic[14].

Complicaţiile postvaccinale sunt grave, soldate deseori cu sechele definitive. Dintre ele amintim *bolile autoimune ale sistemului nervos***:** meningite, encefalite, polinevrite, Sindromul Guillain-Barre, scleroza multiplă (SM), autismul etc.; *boli autoimune ale aparatului osteoarticular*: poliartrita reumatoidă (PR); *boli autoimune ale aparatului digestiv*: diabet zaharat tip 1 etc.[15].

Pentru reacţiile adverse postvaccinale (uşoare şi grave), dar mai ales pentru complicaţiile postvaccinale (inclusiv decese), nu au fost date explicaţii satisfăcătoare nici până la ora actuală. Sunt amintite doar câteva *cauze posibile*[16]:

---

[13] M. Hirte, *Impfen. Pro&Contra, Das Handbuch fűr die individuelle Impfentscheidung*, MenSana 2008, 83.

[14] *Ibidem*.

[15] *Ibidem*

[16] *Ibidem*.

- *o reacție toxică la adjuvanții din vaccin*: aluminiu, mercur (Thiomersal);

- *reacții alergice* de tip imediat sau întârziat, la substanțele din vaccin: gelatină, proteine animale, drojdie sau antibiotice;

- *o "schimbare"a reacției sistemului imun:* de la imunitatea celulară (Th1) la cea umorală (Th2, formatoare de anticorpi), datorată antigenului viral şi/sau adjuvanților (aluminiu, mercur);

- *reacții autoimune, prin care organismul îşi pierde toleranța față de propriile țesuturi (self) pe care le atacă.*

Reacțiile adverse grave, precum țipătul ascuțit, crize de apnee (oprirea respirației), crize epileptice sau chiar decese, nu au fost explicate până acum. Este foarte probabil ca nici în viitor să nu existe o mai mare transparență privind vaccinurile, din cauza celor care doresc să ascundă adevărul printr-o "imunizare globală", fără dreptul la refuz şi, mai ales, la cunoaşterea adevărului.

În SUA, în 1994[17], a fost dată oficialității *lista complicațiilor postvaccinale recunoscute* (lista fiind "copiată" şi folosită de unele țări europene):

- şoc anafilactic după vaccin;
- țipăt prelungit după vaccinul antipertussis (împotriva tusei convulsive), urmat de encefalopatie;
- leziuni nervoase (nevrita plexului brachial etc.) după vaccinul antitetanos şi DTP (diftero-tetano-pertussis);
- encefalopatie acută după vaccinul DTP;
- encefalopatie şi deces după vaccinul antirujeolic;
- artrită acută după vaccinul antirubeolic;
- artrită cronică (ARJ) după vaccinul ROR (rujeolă, oreion, rubeolă);
- trombocitopenie după vaccinul ROR.

Condiția ca aceste complicații să fie recunoscute drept complicații postvaccinale este aceea ca debutul lor să aibă loc într-o anumită perioadă de timp[18]:

- 0-4 ore de la orice vaccin, pentru şoc anafilactic;
- 0-3 zile de la vaccinul antipertussis, pentru encefalopatie;
- 2-28 de zile de la vaccinul antitetanos, pentru nevrita plexului brahial;
- 5-15 zile de la vaccinul ROR, pentru encefalită/encefalopatie;

---

[17] K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg.), *Adverse Events Associated with childhood vaccines.* Evidence Bearing on Causality. Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C., 1994, 316.

[18] M. Hirte, *op. cit.*, 84-85 (Redbook, 2000).

- 7-30 de zile de la vaccinul antirujeolic, pentru trombocitopenie şi purpură hemoragică;
- 7-42 de zile de la vaccinul antirujeolic, pentru artrita cronică (ARJ).

Observăm că perioada până când sunt recunoscute anumite complicații postvaccinale este mai mare decât în Romania, cu câteva zile.

Nu sunt recunoscute şi nu se acordă despăgubire în cazul multor altor boli, deoarece, autoritățile sanitare consideră că nu există nicio legătură plauzibilă între acestea şi administrarea vaccinului. Acestea sunt[19]:

- diabetul zaharat tip 1, după vaccinul hepatitic B, antipertussis, anti-oreon, şi anti-Hib;
- boli reumatice după vaccinul hepatitic B;
- infecții intestinale cronice după vaccinul antirujeolic;
- leziuni nervoase după vaccinul hepatitic B şi vaccinul FSME;
- boli alergice şi boli autoimune etc.

Cei care nu au crezut în afirmațiile false venite din partea autorităților sunt numeroşi oameni de ştiință, medici, cercetători, profesori, care, prin intermediul unor studii independente, au reuşit să demonstreze adevărata cauză a complicațiilor postvaccinale, cea care face şi subiectul acestui capitol. Ei trag un mare semnal de alarmă privind bolile autoimune la copii, care, în majoritatea cazurilor, sunt provocate de vaccinurile din copilărie şi a căror incidență creşte dramatic, pe an ce trece.

Schimbarea unora dintre vaccinuri cu altele noi sau combinarea diverselor vaccinuri, de-a lungul celor 200 de ani, nu a adus nicio îmbunătățire reală. Principiul vaccinării a rămas acelaşi. Puținele modificări făcute în timp nu au putut rezolva, în esență, problemele grave pe care le creează vaccinurile "obligatorii", deoarece principiul în sine nu poate fi îmbunătățit: un vaccin fără aditivi este inutil, iar aditivii sunt toxici pentru organism (mercur, aluminiu etc.); imunogenele (virale, bacteriene ş.a.) nu sunt naturale şi nu sunt introduse în organism pe cale naturală, cu provocarea unei reacții imune naturale şi sănătoase, ci sunt create artificial, introduse pe cale artificială în organism, direct în sânge (ocolind bariera de apărare a mucoasei digestive), provocând un atac artificial şi agresiv asupra unui sistem imun imatur şi deloc adaptat filogenetic, de-a lungul a mii de ani, la o asemenea agresiune. Răspunsul organismului nu poate fi decât unul pe măsură: dezechilibrul grav al sistemului imun la sugar, începând din prima lui zi de viață (în România), sau de la vârsta de 2 –3 luni (în alte țări), şi care are o bătaie lungă, pentru ani şi zeci de ani, când copilul, adolescentul sau omul adult se va confrunta

[19] M. Hirte, *op. cit.,* 85.

cu apariția unor boli cronice grave, autoimune sau cancer. Suntem oare conştienți că sacrificăm sănătatea copiilor noştri pe altarul necunoştinței (sau inconştienței) noastre?

I. Alergii, boli alergice şi boli autoimune provocate de vaccinuri

Istoric. Generalități

În anul 1819, medicul englez John Bostock scrie într-un articol despre o afecțiune care apare în mod periodic, afectând ochii şi plămânii. El însuşi suferea de această boală, care se manifesta o dată pe an, la începutul lunii iunie, şi dura aproximativ 2 luni. Boala se manifesta printr-o secreție lacrimală abundentă, rinoree seroasă, strănut frecvent, tulburări respiratorii şi o stare generală modificată. Atunci apare pentru prima dată în Medicină denumirea de *"reacția de strănut la fân"* (actual: *"rinita alergică"*) dată acestei afecțiuni. Medicul englez a considerat că nu este o denumire corectă, deoarece afecțiunea apare şi în alte condiții (contact cu animale, reacție la polen etc.). Ea a mai fost numită şi *"Bostocks Katarrh"*, după numele lui. Mai mulți medici observă că boala *apare mai frecvent la oamenii cu studii, şi mai rar la fermieri, săraci şi oameni de culoare*[20].

În a doua jumătate a sec. XIX, tabloul clinic al acestei afecțiuni se conturează tot mai bine, iar în SUA se observă o adevărată explozie a cazurilor de boală. Pentru prevenirea ei, medicii recomandau medicamente foarte variate: chinină, cocaină, arsen sau inhalare de fum de țigară. Interesant este faptul că *majoritatea medicilor din sec. XX leagă această afecțiune de astmul bronşic*, cu mult timp înainte de a fi descoperită alergia ca atare, ambele boli fiind afecțiuni alergice[21].

Meritul descoperirii alergiei îi aparține medicului pediatru vienez Clemens von Pirquet, care face legătura între cele două boli, dar şi cu alte afecțiuni asemănătoare. Într-un articol editat în *Műnchner Medizinische Wochenschrift*, din 1906, el descrie această reacție modificată ca fiind o *"alergie"*. Termenul este nou, introdus pentru prima dată de el, provenind din două

[20] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein,* Bastei Lűbbe Taschenbuch 2008, Germany, 103.

[21] *Ibidem*.

cuvinte greceşti: *allos* (altele) şi *ergon* (reacţie)[22]. Această denumire urma să fie folosită pentru o serie de reacţii biologice: sensibilitate crescută la înţepături de insecte, alergie la fân (rinita alergică), astm bronşic, reacţii alergice alimentare şi **reacţii alergice după imunizare prin vaccinuri** (ex.: antidifteric şi antitetanos). Nou era faptul că acest medic considera că şi o vaccinare poate provoca reacţii alergice. A continuat cercetările şi a observat că *"boala serului"* este o afecţiune de temut, care *apare în cazul imunizărilor cu toxinele din vaccinuri: toxina tetanică şi toxina difterică*. Pentru tratarea bolii, s-a făcut primul antidot, numit *"Antitoxină"*, din serul cailor injectaţi cu o doză mică, neletală, de toxină difterică. Pentru această descoperire, realizată într-un laborator al renumitului Robert Koch din Berlin, *Emil von Behring* primeşte Premiul Nobel. Serul era injectat cu succes tuturor copiilor cu difterie. În curând s-au arătat şi *efectele secundare*, mai ales după administrări repetate de Antitoxină, prin apariţia unor simptome caracteristice: febră, erupţie, dureri articulare şi creşteri bruşte ale tensiunii arteriale, uneori soldate cu deces. Emil von Behring a denumit aceste reacţii ca fiind *"de hipersensibilitate"*. În schimb Clemens von Pirquet vede în aceste simptome o reacţie imunologică, de respingere a unui corp străin, şi se preocupă foarte mult de reacţia antigen-anticorp. El observă că reacţiile sus-amintite nu sunt provocate doar de bacterii şi virusuri (antigene), ci ele apar şi ca o reacţie de apărare a organismului, iar la o reinfecţie cu aceeaşi bacterie, organismul formează mult mai repede anticorpi. Ne-a rămas de la acest medic un principiu nou, potrivit căruia *"**anticorpii pot provoca o boală în organism, nu doar să-l apere**. Din nefericire, acest principiu nu a fost acceptat de către colegii lui"*[23]. În prezent, se ştie că *principiul lui Clemens von Pirquet este unul corect,* bolile autoimune fiind o reacţie greşită a sistemului imun, atunci când acesta nu mai recunoaşte structurile lui proprii (*self*), ci le va considera străine (*non-self*), le va ataca şi le va distruge.

Mecanismul imun, implicat în dezvoltarea reacţiilor alergice (de hipersensibilitate) şi reacţiilor autoimune postvaccinale**,** nu poate fi înţeles fără cunoaşterea câtorva aspecte legate de "hipersensibilitate" (descrise de Gell şi Coombs, în 1975, care au propus o clasificare a hipersensibilităţii în 4 clase: tip I,II, III şi IV) şi de "autoimunitate"[24]:

---

[22] *Ibidem*.
[23] *Ibidem,* 105-106.
[24] M. I. Brumboiu, I. S. Bocşan, *op. cit*., 27-31.

A.) **Reacțiile de hipersensibilitate** constau într-un răspuns anormal al sistemului imun față de un agent străin, cu apariția unei leziuni inflamatorii, acute sau cronice. Acestea sunt:

a.) Hipersensibilitatea tip I: este un răspuns imun anormal față de un agent străin, datorat unei producții crescute de *anticorpi IgE*, şi care se poate manifesta sub formă de *şoc anafilactic sau alergie.* Bolnavii prezintă de obicei un teren atopic (alergic).

b.) Hipersensibilitatea tip II sau citotoxică: este rezultatul reacției anormale a sistemului imun prin formarea unor *anticorpi citotoxici față de țesuturi străine* (posttransfuzional etc.) *sau proprii* (consecință a modificărilor antigenelor în cauză prin "mimetism" molecular etc.). *Rezultă o inflamație acută, cu vasodilatație locală şi distrugere de țesut.*

c.) Hipersensibilitatea tip III: este un răspuns imun umoral anormal, caracterizat printr-o *hiperproducție de anticorpi,* ***în contextual unei hiperimunizări*** *care se instalează în urma contactelor repetate cu antigenul* (virus, bacteria etc.) După primul contact se formează *anticorpi IgM*, în concentrații reduse, atât în sânge cât şi în țesuturi. La al doilea contact cu acelaşi antigen, apare un răspuns imun umoral secundar, cu producere de *anticorpi IgG,* care vor trece în circulația sanguină, unde, fiind "diluate", nu va creşte concentrația lor în țesuturi. La al treilea contact cu antigenul, răspunsul imun secundar este mai amplu şi, pe măsură ce contactele se repetă, creşte şi cantitatea de anticorpi IgG, până când, la al 6-lea sau al 7-lea contact, concentrațiile mari de anticorpi din țesuturi se vor "uni"cu cantitățile mari de antigene (virus, bacteria etc.), administrate în acelaşi loc, formând *"complexe imune"* în exces. Ele nu vor putea fi eliminate din organism, depăşind capacitatea de "curățire" a acestuia, şi se vor depune în vasele renale, cutanate, plexurile coroide, articulații, corpii ciliari (ochi) etc, unde vor provoca leziuni tisulare şi vasculare, cu apariția de microhemoragii locale şi cu formare de microtrombi plachetari, care agravează hemoragiile. Bolile în care au loc astfel de reacții sunt: *boala serului, glomerulonefrita acută difuză, purpura Henoch-Schönlein* etc.

d.) Hipersensibilitatea tip IV: este un *"răspuns imun celular de intensitate mare, însoțit de leziuni tisulare severe şi apare față de antigene cu structuri complexe, care nu pot fi prelucrate decât lent"* de către celulele imune. După inducerea reacției imune (vezi cap. 1), antigenul, considerat periculos de către organism, este fagocitat ("mâncat")

şi apoi captat de către celulele prezentatoare de antigen (CPA), care trec în ganglionii limfatici regonali, unde prezintă antigenul imfocitelor Th (helper) şi Tc (citotoxice). Acestea fiind activate se transformă în limfocite T, cu memorie. Rezultă un proces inflamator acut sau cronic, cu leziuni tisulare, fiind cunoscute mai multe afecțiuni**:** *hipersensibilitatea de contact* etc.

Alergiile şi bolile alergice au la bază, *tipul I de hipersensibilitate*, care este datorat, după cum am văzut, Imunglobulinelor E (IgE sunt anticorpi care induc "degranularea" mastocitelor, cu eliminare de histamină). Ca urmare, vasele sanguine se dilată, pentru a lăsa să pătrundă şi celelalte componente ale sistemului imun, provocând inflamația şi leziunea tisulară. *"Putem compara fenomenul cu un şantier de lucru unde asfaltul este scos şi se înlătură cele mai mari stricăciuni. D.p.d.v. medical, o privim ca pe o infecție care, în funcție de țesutul lezat, se va exterioriza sub forma unei erupții tegumentare (eczemă atopică), rinită alergică sau o criză de astm"*[25]. La nou-născut ar trebui dozate în mod obligatoriu Imunglobulinele E (IgE). Aceşti anticorpi *"se găsesc în ser, dar, datorită nivelelor serice foarte mici (0,03-0,05mg% sau 60 UI.ml), ele nu pot fi puse în evidență decât prin metode speciale (imunoenzimatice). Nivelul lor creşte foarte mult în bolile alergice: astm alergic, rinită alergică, eczemă atopică etc. Le găsim crescute şi în parazitoze"*[26]. **Nivelul crescut al IgE este o contraindicație absolută pentru orice vaccin**. Ele arată deseori şi o predispoziție la boli autoimune. De cele mai multe ori, aceste imunglobuline sunt dozate la sugari doar la 4-5 luni, cu ocazia debutului eczemei atopice, a alergiei la lapte etc., *când nivelul IgE depăşeşte 200 UI/ml*, fiind nevoie uneori de un tratament susținut (corticoterapie) şi cu repercusiuni grave asupra sistemului imun al sugarului.

B.) **Autoimunitatea:** constă într-un răspuns imun umoral şi/sau celular anormal față de propriile structuri (*self*) şi determină apariția de ***boli autoimune***.

Există şi reacții automine "normale", când sunt eliminate celule şi elemente proprii alterate, dar ele sunt de o intensitate redusă.

Toleranța imunologică, normală, față de antigenele proprii, este înnăscută şi este menținută cu ajutorul limfocitelor T supresoare (Ts). *"Când se rupe toleranța înnăscută, limfocitele T devin autoreactive…Caracterul patologic*

[25] B. Ehgartner, *op. cit*., p. 125.
[26] V. Cristea et al., *op. cit*., 136.

*este dat de amploarea reacțiilor şi persistența acestora. Răspunsul imun este de obicei combinat, umoral şi celular, cu prezența în circulație a limfocitelor B şi T care nu prezintă toleranță față de antigenele proprii şi care nu au fost distruse…**Factorul infecțios pare să fie implicat în bolile autoimune** prin inițierea proceselor imune, prin modificarea structurilor antigenice proprii sau prin asemănarea parțială cu antigenele proprii…**Una dintre manifestările postvaccinale este encefalita demielinizantă** indusă de vaccinul rabic preparat pe creier de şoarece nou-născut”*[27].

Studii epidemiologice şi experimentale

Orice vaccin poate provoca o reacție alergică acută: de la o rinită alergică, sau o criză de astm alergic, până la un şoc anafilactic, care poate pune în pericol viața omului.

Şocul anafilactic (anafilaxia) este o reacție postvaccinală rară şi este recunoscut ca fiind o posibilă complicație postvaccinală, dacă survine în primele 4 ore de la vaccin (după cum arată lista de mai sus).

Bolile alergice şi bolile autoimune postvaccinale sunt complicații postvaccinale frecvente. Cu toate acestea, ***legătura dintre vaccinuri şi aceste boli nu este reunoscută la ora actuală****, etiologia lor fiind în continuare etichetată drept "necunoscută" sau având o posibilă "predispoziție genetică".*

Studiile ultimelor decenii arată în mod evident că vaccinurile sunt un real atac asupra sistemului imun al sugarului, provocând boli alergice şi autominue grave:

- Se ştie că *vaccinurile stimulează imunitatea pe o altă cale decât o infecție naturală;* în timp, se creează un dezechilibru între cele două forme de apărare a sistemului imun (umoral şi celular), apărând, încă din timpul copilăriei, boli alergice sau boli autoimune[28,29].

- Studii experimentale făcute pe animale şi pe oameni voluntari, au demonstrat că vaccinurile provoacă o creştere a Imunglobulinelor E (IgE sunt anticorpi responsabili de reacția alergică, după cum am văzut anterior, prin-

---

[27] *Ibidem.*

[28] G. A Rook, J. L Stanford, *"Give us this day our daily germs"*, *Immunol. Today* 1998, 19 (3):113-116.

[29] F. Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure,, J. Levy, C. Locht, *"Modulation of the infant immune responses by the first pertussis vaccine administrations"*, *Vaccine* 2007, 25 (2):391-398.

tr-o hipersensibilitate tip I)[30,31] (Dahlback 1983). *Acest lucru se datorează în special aluminiului din vaccinuri cu virusuri omorâte*[32]*, dar s-a observat acelaşi fenomen şi în cazul vaccinului ROR care conține virusuri vii*[33]. După vaccinul antitetanos se formează anticorpi care sunt cauza unor reacții alergice cronice (atacă mastocitele, provocând "descărcarea" lor, cu eliminare de Histamină)[34] (vezi pct. 5).

- Un studiu australian, făcut la peste 8000 de adulți cu boli alergice precum *astm bronşic alergic, dermatite alergice şi alergii alimentare*, atestă o legătură evidentă între aceste boli şi vaccinurile din copilărie, în special DTP şi antipolio[35].

- S-a observat că, prin amânarea cu câteva luni a vaccinului DTP, a scăzut frecvența astmului bronşic cu peste jumătate[36].

- Studii comparative, la copii vaccinați şi nevaccinați:

a) copiii nevaccinați suferă mult mai rar de alergii decât copiii vaccinați[37];

b) la copiii vaccinați cu DTP, până la vârsta de 16 ani, se dublează numărul bolilor alergice comparativ cu copiii nevacinați[38];

c) un studiu din Austria, efectuat pe 581 de copii nevaccinați, arată următorul bilanț: doar 2,9% sufereau de o formă de alergie (fără niciun caz de

---

[30] H. Odelram, M. Granstrom, S. Hedenskog, K. Duchen, B. Bjorksten, *"Immunoglobulin E and G responses to pertussis toxin after booster immunization in relation to atopy, local reactions and aluminium content of the vaccines"*, *Pediatr. Allergy Immunol*. 1994, 5 (2): 118-123.

[31] F. Imani, K. E. Kehoe, *"Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching"*, *Clin. Immunol*. 2001, 100 (3):355-361.

[32] R. K. Gupta, B. E. Rost,, E. Relyveld, G. R. Siber, *"Adjuvant properties of aluminium and calcium compounds"*, *Pharm Biotechnol* 1995, 6: 229-248.

[33] J. M. Brewer, M. Conacher, C. A. Hunter, M. Mohrs, F. Brombacher, J. Alexander, *"Aluminium hydroxide adjuvant initiates strong antigen-specific Th2 responses in the absence of IL-4-or IL-13-mediated signaling"*, *J Immunol*. 1999, 163:6448-6454.

[34] F. Mascart et al., *loc. cit.*

[35] K. Nakajima, S. C. Dharmage, J. B. Carlin, C. L. Warton et al., *"Is childhood immunization associated with atopic disease from age 7 to 32 years?"*, *Thorax* 2007, 62 (3):270-5.

[36] K. L. McDonald, S. I. Huq, L. M. Lix et al., *"Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma"*, *J Allergy Clin. Immunol*. 2008, 121 (3):626-31.

[37] R. Enriquez, W. Addington, F. Davis, S. Freels et al., *"The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children"*, *J Allergy Clin Immunol*. 2005, 115 (4):737-44.

[38] E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, "*Effects of dyphteria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States"*, *J Manipulative Physiol*. *Therap.* Feb 2000, 23 (2): 81-90.

astm bronşic!) şi doar 1,3% aveau o uşoară atenție deficitară. Procentele sunt foarte mici comparativ cu "statistica națională din Austria", care ia în calcul toți copiii, indiferent că sunt sau nu vaccinați (majoritatea fiind vaccinați), şi care arată că 25% dintre şcolari suferă de o formă de alergie şi 10% de sindromul ADHD[39].

Statistici îngrijorătoare în lume: *atât numărul cât şi varietatea alergiilor cunoaşte o creştere fără precedent în toate țările industrializate: jumătate dintre americani suferă de diferite tipuri de alergii*[40]: alergii cutanate (dermatite alergice); alergii ale căilor respiratorii (rinita alergică; astm bronşic alergic); alergii alimentare (alergie la proteinele din laptele de vacă etc). *În România*, unele boli alergice, la copii, s-au dublat în ultimii 10 ani[41], iar frecvența lor creşte în continuare într-un mod îngrijorător.

1. Bolile alergice

Un sistem imun sănătos reacționează împotriva agențior patogeni, infecțioşi, şi, cu toate că va provoca febră, frison şi alte fenomene neplăcute, prin distrugeri tisulare locale, *"daunele produse sunt pe deplin compensate de rezultatele obținute – vindecare şi/sau prevenirea reîmbolnăvirii"*[42]. Când reacția imună este îndreptată împotriva unor antigene inofensive sau a antigenelor proprii, *ea devine dăunătoare, cum se întâmplă în reacțiile alergice. De la reactii alergice până la boli autoimune este doar un pas...*

Reacțiile alergice sau de hipersensibilitate, aşa cum am văzut, survin la persoane imunizate anterior față de un antigen, *în momentul reexpunerii la acelaşi antigen*, *doar că reacția este una exagerată ca intensitate şi este îndreptată împotriva unui antigen inofensiv.* Deci vedem că în producerea bolilor alergice este incriminată în special imunitatea umorală, cu participarea limfocitelor B, formatoare de anticorpi. *Prin intermediul vaccinurilor, este stimulată tocmai această imunitate*.

---

[39] P. Cortiel, *"Fragebogen zu meinem ungeimpften Kind – Auswertung"*, 5.6.2004, www.impf-portal.de/aktuell/fragebo/fraboaus10.doc

[40] L. H Coulter, *Impfungen. Der Grossangriff auf Gehirn und Seele*. 5. Auflage 2004, Hirthammer Verlag, Germany, 159

[41] V. Cristea et al., *op. cit.,* 298.

[42] *Ibidem*, 269.

a) Eczema atopică (dermatita atopică)

Este una dintre cele mai frecvente alergii cutanate care afectează sugarul la ora actuală.

Autorii români arată şi ei o incidenţă crescută a acestei afecţiuni: *"într-un singur deceniu, s-a ridicat de la 5% la 10%"*[43]*,* cu specificarea că ea apare la persoane atopice (alergice) şi cu antecedente familiale. Afecţiunea, este mai frecventă la copiii sub 5 ani, dar cel mai adesea debutul este semnalat la 4-6 luni, concomitant cu introducerea alimentaţiei solide… Cu toate acestea, spun ei, cauzele sunt mai puţin cunoscute, unele dintre ele fiind: alergeni alimentari (lapte de vacă), pneumoalergeni (praf de casă, plen etc.), factori iritanţi (săpunuri, parfumuri, detergenţi etc.). Interesantă este concluzia la care ajung şi unii dintre autori români: *"Deoarece severitatea leziunilor cutanate nu se corelează cu expunerea la alergenii la care bolnavul prezintă răspunsuri pozitive, iar terapia de desensibilizare este ineficientă, se consideră că patogenia bolii este mai complexă decât a alergiilor expuse anterior,* ***asociind elemente de autoimunitate****"*[44]*.*

Ceea ce este mereu omis este faptul că la 2-4 luni începe şi vaccinarea sugarului. Cu toate că medicina alopată nu face legătura dintre eczema atopică şi vaccinurile administrate sugarului, oameni de ştiinţă din Occident au putut dovedi prezenţa unor elemente de autoimunitate la aceşti sugari, aşa cum bine au remarcat şi profesorii români. *Cercetătorii occidentali consideră eczema atopică ca fiind o boală autoimună, de o gravitate deloc de neglijat, în care* ***"sistemul imun se află într-un foc continuu"***[45]**.** *"Tratamentul clasic, simptomatic, cu Cortizon, antibiotice, fototerapie, psihoterapie etc., nu este unul eficient. Din acest motiv, părinţii nu sunt mulţumiţi şi recurg de cele mai multe ori la terapii alternative, care s-au dovedit a fi mult mai eficiente, deoarece nu tratează simptomele, ci refac sistemul imun intestinal prin diferite metode"*[46]:

- refacerea florei normale a intestinului;
- detoxifierea ficatului şi a rinichilor, prin eliminarea metalelor neurotoxice si alergizante (plumb, mercur, aluminiu);

---

[43] *Ibidem*, 298.

[44] *Ibidem*, 98.

[45] http://www.yorktest.ro/pdf/24-neurodermitis.pdf. Dr.rer.nat.Sabine Paul, *Möglichkeiten der differenzierten Ursachensuche fűr eine nachteilige Therapie.*

[46] Dr. med. Dietrich Klinghardt, M. D., Ph. D., und Dr. Patricia Kane, Ph. D., *Vortrag 2: Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich,* (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall Ausleitung/vortrag2.html

- tratamentul local a pruritului şi a inflamației;
- eliminarea din alimentație a produselor alergice (lapte de vacă, substanțe chimice ş.a.).

Tablou clinic:[47]

- aproape întotdeauna boala debutează la copiii mici, de 3-6 luni;
- erupția este pruriginoasă şi apare simetric la nivelul feței, pe obraji, la extremități, iar uneori devine diseminată (pe tot corpul);
- la copii mari şi la adulți apare mai ales la gât şi pe porțiunile flexoare;
- gratajul creează condiții de suprainfecție (infecții bacteriene, cu stafilococ) şi virale (herpes).

Literatura de specialitate mai consideră drept cauză şi "o predispoziție a individului afectat, de a dezvolta un prurit, iar leziunile de grataj pot juca un rol major în patogenia eczemei atopice… Mai există şi anomalii chimice ale pielii"[48]. Este o ipoteză învechită, infirmată şi de rezultatele pozitive obținute în urma tratamentelor alternative, cum ar fi cel de detoxifiere a organismului de metale grele. *Pentru o vindecare completă a eczemei atopice, vaccinarea este contraindicată, deoarece vaccinurile nu doar agravează eczema, ci o şi provoacă, prin conținutul în metale (aluminiu, mercur) şi alte substanțe alergizante.*

b) Rinita alergică

Încă în anii'80, prof. Dr. Geormăneanu scria despre *rinita alergică, ca fiind cea mai frecventă tulburare alergică atopică*, afectând circa 10% din populația generală. Boala se poate manifesta în tot cursul anului (neperiodic) sau periodic/sezonier ("febra de fân"), dar poate fi şi "mixtă", când, pe un fond de rinită permanentă, apar exacerbări ale bolii. Aflăm din aceleaşi surse că boala *"poate apare la orice vârstă, inclusiv la sugarul din primele luni de viață, dar de obicei **debutează către sfârşitul primului an sau în primii ani de viață**"*[49]. Se produce printr-un mecanism imun: hipersensibilitate de tip I, cu anticorpi IgE circulanți. Alergenele (antigenele) care induc această alergie sunt: *praful de cameră, părul de animale şi polenul. Trebuie înțeles faptul că nu alergenele sunt cauza bolii, ci "reacția imună exagerată", adică un sistem imun dezechilibrat.* În mod obişnuit, alimentele nu fac parte dintre aceste alergene. Anticorpii IgE vor induce o tumefacție şi roşeața mucoasei

[47] V. Cristea, *op. cit.,* 298-299.

[48] M. Geormăneanu, I. Gherghina, *Imunitatea şi Bolile imunitare la copii*, Editura Medicală, Bucureşti, 1983, 193.

[49] *Ibidem*, 171.

nazale. Clinic, simptomele constau în *obstrucție nazală*, cu sau fără secreție seroasă (rinoree). Mulți bolnavi cu rinită alergică prezintă şi hiperreactivitate bronşică (HRB), cu obstrucția bronhiilor mici, dar 50% dintre aceştia nu au semne de astm bronşic[50]. Atât în forma sezonieră cât şi în cea neperiodică, simptomele sunt mai accentuate dimineața, cu strănut, înroşirea ochilor, senzația de uscăciune în gât, iar țesutul limfatic regional este "inflamat": ganglionii limfatici, "polipi nazali" şi amigdalele. Complicațiile frecvente sunt: sinuzita şi otita medie seroasă, cu scăderea auzului. Tratamentul alopat constă în antihistaminice şi corticosteroizi pentru uz topic (local), iar în cazuri severe Prednison (Cortizon) oral[51]. Există tratamente alternative pentru rinita alergică, iar părinții apelează tot mai des la asemenea terapii, fără efecte secundare nedorite.

c) Astmul bronşic

Astmul este o boală cronică, obstructivă şi difuză a bronhiilor mici, care se caracterizează prin crize repetate, reversibile de dispnee (tulburare respiratorie), cu un "zgomot" caracteristic (*wheezing*) şi tuse. Astmul poate fi alergic (extrinsic), când reacțiile alergice joacă un rol important sau nealergic (intrinsic), când nu avem crescute IgE, iar testele cutanate la alergene sunt negative. Această ultimă formă a mai fost denumită "dispnee astmatiformă". Există şi forme "mixte", care sunt mai frecvente la vârste foarte mici. În anii'80, incidența astmului era deja crescută la 3% dintre copiii din țară, fiind *una dintre cele mai frecvente boli cronice ale copilăriei*, afirmă Dr. Geormăneanu[52].

De atunci şi până la ora actuală, frecvența astmului bronşic a înregistrat în întreaga lume o creştere dramatică, mai ales in rândul copiilor:

- *în Europa*, frecvența a crescut de 4 ori;
- *în Germania,* în ziua de azi, după studiile dr.Milly Schär-Manzoli şi Dr. Friedrich Graf, **suferă unul din 15 copii de astm bronşic**! **2 din 3 copii care încep şcoala (6 ani) suferă de o alergie![53];**
- *în America*, mortalitatea dată de astm a crescut de aproape două ori între anii 1977-1991[54].

[50] *Ibidem*.
[51] *Ibidem*, 172.
[52] *Ibidem*, 173.
[53] Dr. Ing. Joachim Grätz, *Encephalopathie – Unabdingbare Folgen von Impfungen,* Tisani Verlag, Germany.
[54] WHO: *Help our children breathe-first world asthma day launched*. WHO 1998b. Press release 92. http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-92.html

Cauzele astmului bronşic

Medicina clasică a încercat să explice cauzele posibile ale astmului, dar nici la ora actuală nu se cunoaşte care sunt acestea, existând doar "ipoteze":

- *"factorii genetici"* ar avea un rol important, alături de alți factori externi, în apariția bolii[55];

- astmul poate fi "provocat" de o mare varietate de factori (fără ca acestea să constituie cauza bolii): *"substanțe iritante, exercițiul fizic, infecția şi factorii emoționali"* (D. S. Pearlman, 1980)[56];

Toate aceste ipoteze, precum şi altele mai recente: "ipoteza igienei", "ipoteza suprasolicitării sistemului imun prin poluarea aerului, a apei" etc., nu pot explica nici pe departe creşterea exponențială a cazurilor de astm din ultimii ani, ci un procent maxim de 30-50%, restul fiind de altă natură.

Cauza cea mai frecventă a astmului alergic la copii rămân vaccinurile. Un copil care are un deficit imun, sau are un titru crescut de IgE, nu ar trebui vaccinat niciodată. *Dar şi la copii sănătoşi, numărul mare de vaccinuri poate provoca în timp orice boală alergică, inclusiv astmul bronşic alergic (vezi cap. 4).*

Folosind inhalații cu Glutation, Dr. Klinghardt a vindecat cu succes multe cazuri de astm bronşic, tratamentul fiind de 3 săptămâni. *Glutationul fixează mercurul din neuronii de la nivelul plămânului şi-l elimină, vindecând astmul bronşic.* Aceasta este încă o dovadă clară că şi astmul bronsic este o boală autoimună provocată deseori de intoxicația cu mercurul conținut în vaccinuri[57].

d) Boli alergice alimentare

Generalități

Alergiile alimentare, caracterizate printr-un răspuns imun exagerat la alergenii ingerați, se clasifică, după reacția imunologică, în două categorii[58]:

a) *mediate de IgE, cu debut rapid : hipersensibilitate tip I;*

b) *non-IgE, de cauze imunologice (anticorpi, autoanticorpi, complexe imune), biochimice (toxice, iritative etc.), psihologice.*

Observăm la această clasificare, că alergiile alimentare au la bază reacții imune anormale, dintre cele mai grave (!), inclusiv reacții autoimune (b: non-IgE), care afectează întregul organism. Este motivul pentru care *reacțiile*

[55] M. Geormăneanu, *op. cit.,* 173.
[56] *Ibidem*.
[57] Dr. med. Dietrich Klinghardt , et al., *op. cit*., April 2003.
[58] V. Cristea, *op. cit*., 299.

adverse la alimente pot provoca nu doar manifestări digestive, ci şi simptome cutanate, respiratorii şi neurologice.

S-a observat că sugarii mici au un deficit fiziologic de IgA secretor (anticorpi care se află la nivelul intestinului şi-l apără de antigene străine), înlesnind penetrarea mucoasei intestinale de către alergene, dacă există şi un teren atopic[59]. Sugarul sintetizează anticorpii IgA deja din a 3-a săptămână, dar foarte încet, astfel că ei ating 75% din valorile normale a adultului abia la sfârşitul celui de-al doilea an de viaţă[60]. Ceea ce au observat autorii străini este faptul că *"la deficitul fiziologic al sugarului, se adaugă şi* ***un deficit câştigat/dobândit de IgA secretor, care se datorează în special metalelor (mercur, aluminiu, plumb etc.) din vaccinuri. La toate acestea se pot adăuga virusurile şi bacteriile folosite în vaccinuri****"*[61]*,* iar faptul că metalele grele "substanţe imunotoxice"), infecţiile virale (retrovirusuri, virus rujeolic etc.) şi bacteriene cronice (BCG etc.) pot fi o cauză a deficitului câştigat de IgA secretor, este recunoscut şi de către autorii români (Tabelul 10-VII)."[62] Mucoasa intestinală a sugarului fiind "descoperită" în faţa microbilor, a toxinelor şi a metalelor grele din vaccinuri, din cauza deficictului de IgA secretor, nu va mai putea exercita rolul ei de barieră în faţa acestora, iar sugarul se va îmbolnăvi. *Un sugar care nu a fost alergic la lapte de vacă, poate deveni alergic la lapte după vaccinare*, afirmă Harris Coulter.

Alergia la proteinele din laptele de vacă: este cea mai frecventă alergie alimentară la sugari şi se manifestă prin[63]:

- dureri abdominale, greţuri, vărsături şi diaree (uneori cu sânge) apărute la 30-60 minute după ingerarea laptelui. În forme grave, în timp de 1-3 ore, bolnavul devine hipotensiv, prezintă stare de şoc şi poate să moară prin stop cardiorespirator;

- la sugari şi copii mici, expunerea în continuare la lapte de vacă, duce la anemie, prin pierdere de sânge prin scaun, edeme generalizate, anorexie, scaune voluminoase şi rău mirositoare, malabsorbţie, pierdere în greutate şi întârziere în creştere.

"S-a constatat că nu este suficientă întreruperea alimentaţiei cu lapte de vacă a sugarului, pentru ameliorarea simptomelor digestive şi revenirea la normal a curbei ponderale şi staturale, ci ***este necesară întreruperea***

[59] *Ibidem*, 300.
[60] M. Geormăneanu, *op. cit.,* 141.
[61] Dr. med. Dietrich Klinghardt, et al, *op. cit.,* April 2003.
[62] V. Cristea, *op. cit*., 254.
[63] *Ibidem*, 302.

vaccinurilor, care cresc în continuare riscul la alte boli alergice. *Alți copii nu sunt alergici de la naştere la laptele de vacă, dar devin alergici după vaccinare. În ambele situații, ei vor dezvolta alergii noi când vor creşte şi vor veni în contact cu diferiți alergeni din mediul înconjurător"*[64].

Vaccinurile, nu doar accentuează alergia la lapte de vacă, ci o şi provoacă.

Exemplu: *"Mi-am dus copilul la medic fiindcă tuşea foarte tare. I s-au făcut teste şi s-a constatat că era alergic la laptele de vacă. A fost nevoie să-i schimbăm atunci laptele de vacă cu lapte de soia. Dar nu l-a suportat nici pe acesta, aşa că am trecut pe lapte de capră. Doar după vaccinul cu DTP a devenit alergic la lapte"*[65] *(vezi cap. 4).*

***Concluzie*: **observăm că alergiile şi bolile alergice sunt deseori o "trecere" spre bolile autoimune. Majoritatea bolilor alergice au şi elemente autoimune. Prevenirea lor este cea mai indicată prin sistarea vaccinurilor. Dacă acestea s-au efectuat deja, tratarea şi vindecarea alergiilor şi bolilor alergice încă de la debut este foarte importantă pentru a preveni apariția unei boli autoimune. S-a observat că o boală autoimună atrage după sine de obicei şi alte boli autoimune (asociate), nevindecabile de regulă cu tratamente alopate.

2. Bolile autoimune

Autoimunitatea este o reacție imună dobândită, dirijată împotriva propriilor antigene. Atunci când această reacție provoacă leziuni ale țesuturilor, vorbim de *boli autoimune*[66]. Cu alte cuvinte, sistemul imun al organismului nu mai recunoaşte structurile lui proprii (*self*), ci le va considera străine (*non-self*), le va ataca şi le va distruge. Când reacția autoimună este îndreptată înpotriva unui singur țesut sau organ, cu lezarea acestora, vorbim de *boală autoimună organ-specifică,* iar când este îndreptată împotriva mai multor tipuri de celule, aparținând unor țesuturi sau organe diferite, vorbim de *boală autoimună sistemică sau nespecifică de organ*[67]. *Cauzele sunt "multifactoriale", conform literaturii de specialitate. Printre aceste cauze nu se enumară şi vaccinurile.*

Vindecarea bolilor autoimune este de regulă imposibilă. Tratamentul este unul paleativ (tratează, dar nu vindecă). Terapia acestor boli a rămas

[64] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 160.
[65] *Ibidem*.
[66] V. Cristea, *op. cit.,* 315.
[67] *Ibidem*, 323.

nemodificată până în zilele noastre, când se administrează imunodepresive (Cortizon etc.), tratându-se doar simptomele, nu şi cauza. Pentru un timp scurt, ele sunt medicamente extraordinare, care acţionează rapid şi eficient, dar *"pentru o perioadă mai lungă de tratament şi în doze mari, ele sunt distrugătoare"*, relatează biologul Ulrich Bahnsen, care a urmat un astfel de tratament[68].

Deşi incidenţa bolilor autoimune este într-o creştere continuă în ultimii ani, răspândirea lor pe glob este neuniformă. Se observă o creştere alarmantă a bolilor autoimune în ţările dezvoltate industrial[69], în special în rândul copiilor. Este vorba de diabetul zaharat tip 1, boala Crohn, scleroză multiplă, boli reumatice cronice ş.a.

În producerea bolilor autoimune, rolul cel mai important îi revine sistemului imun celular, *Th1 (a limfocitelor T).* Spre deosebire de alergie sau boală alergică, *"autoimunitatea este un fenomen foarte riscant şi nu-l mai putem compara cu un şantier de lucru unde se repară o stricăciune, ci este vorba de o adevărată explozie care se extinde peste tot"*[70]. Aflăm din cărţile noastre de Imunologie un lucru deja cunoscut: *"Mecanismele care stau la baza reacţiilor autoimune nu sunt încă suficient studiate"*[71]. Aşa cum ne-am obişnuit deja, cărţile de medicină sunt pline de ipoteze, iar bolile autoimune nu fac excepţie de la regulă. Poate mai mult decât în cazul oricărei alte afecţiuni, au fost emise mai multe ipoteze/teorii pentru bolile autoimune: *"teoria mimetismului molecular"* (spre exemplu, peretele streptococului şi ţesutul cardiac se aseamănă imunologic iar o reacţie încrucişată va duce la febra reumatică/RAA)[72], *"teoria deficitului immunologic"* ş.a. Am amintit doar aceste două teorii, care pot explica cel mai bine fenomenul autoimunităţii. O asemănare imunologică (conform teoriei "mimetismului molecular") *"poate exista şi între antigenele din vaccin şi diferite ţesuturi ale organismului, ceea ce duce la un «atac» împotriva propriilor structuri şi apariţia bolilor autoimune"*[73,74]. Referitor la *"teoria deficitului imuno-*

[68] Ulrich Bahnsen, *"Die Angst vor der Dunkelheit", Die Zeit* 22/04.

[69] J. F. Bach, "*The Effect of Infections on Susceptibility to Autoimmmune and Allergic Disease (Review)". N Engl J Med* 2002, 347:911-920.

[70] B. Ehgartner, *op. cit.*, 126.

[71] V. Cristea, *op. cit.,* 322.

[72] *Ibidem*.

[73] H. Brandis, H. J. Eggers, W. Köhler, *Medizinische Mikrobiologie*, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart.7.Auflage1994.

[74] A. Burton, S. Waisbren, "*Acquired autoimmunity after viral vaccination is caused by molecular mimicry and antigen complimentarity in the presence of an immunologic adju-*

logic", personal cred, în urma citirii a numeroaselor studii, timp de câțiva ani, că este cea mai în măsură să explice ceea ce provoacă vaccinurile şi mai ales ce se întâmplă într-o boală autoimună. Aflăm din literatura de specialitate că această teorie, presupune ceea ce au observat şi autorii străini: celulele imune autoagresive, nu mai sunt blocate (se pierde toleranța imunologică) şi vor ataca propriile structuri, cu inducerea bolii autoimune[75]. Ştim despre *"toleranța imunologică"* că este un proces activ care duce în mod normal la inactivarea limfocitelor autoreactice (prin eliminarea lor ireverisibilă sau prin inhibiția lor) şi previne astfel reacțiile şi bolile autoimune. Rolul limfocitelor autoreactive *"a fost demonstrat experimental prin inocularea la animale de antigene proprii, cum a fost cazul fragmentelor de tiroidă sau a proteinei mielinice bazice (MBP) urmate de instalarea tiroiditei sau encefalitei autoimune şi de prezența de celule autoreactive în organismele animalelor inoculate"*[76]. Mai citim că *"**mecanismele care stau la baza reacțiilor autoimune nu sunt încă suficient cunoscute.** Dacă toleranța este starea normală, cum este ea dărâmată în bolile autoimune? Au fost emise diferite ipoteze care încearcă explicarea lor, dar niciuna nu este susținută în totalitatea ei de dovezi categorice"*[77].

Răspunsul la această întrebare, s-a găsit de mult, dar de către o minoritate de oameni de ştiință, medici şi cercetători. El nu este recunoscut de cei care finanțează marea majoritate a studiilor medicale (sau poate toate..): industria chimică şi farmaceutică.

Cauzele bolilor autoimune le constituie deseori vaccinurile din copilărie:

- *Vaccinurile, aşa cum am văzut, produc o schimbare (răsturnare) forțată a răspunsului imun celular, de la LTh1 la LTh2***,** adică, de la răspunsul imun celular (LTh1 sunt celule limfocitare T, care activează răspunsul imun celular) la răspunsul imun umoral/sanguin (LTh2 sunt limfocite T, care activează limfocitele B, producătoare de anticorpi, prezente în sânge). Dezechilibrul dintre cele două tipuri de imunitate este indus de prezența antigenului (viral, bacterian, etc), al adjuvanților (aluminiu, mercur, etc.), dar şi al celorlalte componente străine din vaccin. Când se strică acest echilibru şi predomină imunitatea umorală, are loc *inducerea unui răspuns imun exagerat, cu formare de anticorpi în exces (hiperimunizare)* cu riscul de a nu recunoaşte

vant and specific HLA patterns", *Medical Hypotheses* 2008, 70:346-348.

[75] V. Cristea et al., *op. cit.*, 323.

[76] *Ibidem*, 318-319.

[77] *Ibidem*, 322.

nici substanțele proprii, dar nici pe cele străine şi inofensive, sau chiar utile, precum alimentele obişnuite (lapte), anumite particule din aer etc.[78]În felul acesta se produc bolile alergice şi bolile autoimune.

- *Martinuc Porobic* (2005) a observat la studenți sănătoşi, vaccinați împotriva hepatitei B, o creştere a unor autoanticorpi în primele luni după administrarea vaccinului. După acest vaccin, mai mulți autori au constatat o creştere a bolilor autoimune neurologice, mai ales *scleroza multiplă.* Wahlberg (2003) observă că după vaccinul Hib copiii în vârstă de 1 an dezvoltă anticorpi (GADA, IA-2A) împotriva celulelor pancreatice care secretă insulina, cu rol în reglarea glicemiei. Scăderea secretiei insulinice duce la apariția *diabetului zaharat tip 1*[79]. Copiii cu o predispoziție genetică, dezvoltă în urma vaccinurilor, frecvent, boli autoimune neurologice[80,81]. Aşa cum vom vedea în continuare, chiar şi fără o predispoziție genetică, vaccinurile pot induce boli autoimune, inclusiv neurologice.

- *Adjuvanții din vaccinuri*, precum aluminiul şi MF59 din vaccinul antigripal, pot provoca boli autoimune[82,83,84,85]. Ravel scrie într-un rezumat al studiului său: *"Rezultatele noastre susțin ipoteza conform căreia vaccinurile cresc riscul apariției bolilor autoimune la indivizii cu o predispoziție genetică". Pe*

---

[78] M. Hirte, *op. cit*., 63.

[79] J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., "*Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children", Ann NY Acad Sci* 2003, 1005:404-408.

[80] M. Montinari, *Role of immunogenetics in the Diagnosis of Postvaccinal CNS Pathology*. Prsentation in Neapel, 9.5.1996, to the Associazione per la Libera Universita Internationale di Medicina Omeopatica, "Samuel Hahnemann"(LUIMO). http://www.trufax.org/vaccine/coulter3html.

[81] J. Bradstreet, *Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorder*s, Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. The National Academics of Science, 9. 2.2004. http://www.nationalautismaassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf

[82] T. G. Kimman, *"Risks connected with the use of conventional and genetically engineered vaccines",.Veterinary Quarterly*, 1992, 14/3:110-118. 1992. Quak, T.: *Impfung und Impffolgen*,1999.
http://ourworld.compuserve.com/homepages/POSchneider/Links/impfungen.pdf

[83] M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, "*Induction of lupus autoantibodies by adjuvants", J Autoimmun* 2003, 21 (1):1-9.

[84] G. Ravel, M. Christ, F. Horand, J. Descotes, *"Autoimmunity, environmental exposure and vaccination:is there a link?", Toxicology* 2004, 196 (3)"211-216.

[85] S. Havarinasab, P. Hultman et.al., *"Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice"*, *Toxicol Appl Pharmacol* 2005 Apr 15;204(2):109-21.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808517

de altă parte, chiar şi fără nicio predispoziție genetică, sistemul imun al sugarului poate reacționa într-un mod exagerat față de vaccinuri, provocând boli autoimune[86]. Imunologi renumiți, precum Shoenfeld (2000) şi Tishler (2004), vorbesc despre *"partea urâtă a vaccinurilor"* şi atrag atenția asupra faptului că vaccinurile joacă un rol important ca şi *"actori în mozaicul autoimunității"*. Review von Vial (2004) ajunge şi el la concluzia că *"o posibilă legătură dintre vaccinuri şi bolile autoimune nu poate fi exclusă de noi la infinit şi ar trebui analizată cu o mai mare atenție de către producătorii de vaccinuri"*[87]**.**

Bolile autoimune (cele mai frecvente) induse de vaccinuri:

a) **Boala celiacă** (Celiachia/Enteropatia cu alergie la gluten/sprue netropical ş.a.)

- Are mai multe definiții, date după prinicpalele simptome ale bolii, cea mai des folosită fiind cea de "*alergie la gluten*". Glutenul este o proteină de origine vegetală, întâlnită preponderent în cereale precum *grâu, orz şi secară.*

- Este o boală autoimună mediată de limfocitele T (LT); se carcaterizează prin lipsa absorbției intestinale de gluten ("malabsorbție"), cu modificări patologice ale mucoasei intestinale (jejunale, în special); atât malabsorbția cât şi leziunea mucoasei intestinale/jejunale se ameliorează dacă este înlăturat glutenul din dietă şi reapar o dată cu reintroducerea acestuia; diagnosticul cert se pune doar prin bipsie intestinală.

- *Clinic*: sugarul prezintă scaune diareice care apar la vârsta de 6-12 luni (diagnosticul se pune de obicei la 18 luni); inițial diareea este intermitentă, ca apoi să devină continuă, cu caracter steatoreic (grăsimi nedigerate), iar în fază avansată se asociază cu anorexie, dureri abdominale şi iritabilitate, cu abdomen destins, vărsături etc.[88].

- Din literatura de specialitate aflăm că: **"**Mecanismul prin care glutenul aduce prejudicii mucoasei intestinale nu este bine cunoscut... Au fost «speculate» două teorii: deficitul enzimatic […] şi aberația sistemului imun." Se ştie că intestinul este un organ imunocompetent, capabil să producă anticorpi împotriva antigenelor, inclusiv a glutenului. În perioada activă a bolii, sistemul imun local al intestinului este stimulat iar mucoasa intestinală, conține complexe imune "IgA-antigen" după provocarea cu gluten[89]. S-a căutat şi pentru

[86] H. Reiber, B. Davey, *"Desert–storm-syndrome and immunization"*, *Arch Internal Med* 1996, 156:217

[87] M. Hirte, *op. cit*., 97.

[88] M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit*., 306-307.

[89] *Ibidem*, 310

această afecțiune, existența unei “predispoziții genetice” şi s-a constatat că la cei cu un HLA–A8 boala este un pic mai frecventă[90]. **În acelaşi timp se ignoră în continuare numeroasele studii din Occident care arată existența unei “enterite/enterocolite autoimune”, provocate de vaccinuri, şi care, în final, duce la celiachie.** Afecțiunea apare la 6 luni, în urma ruperii echilibrului sistemului imun al sugarului datorită vaccinurilor.

b) **Boala Crohn**

- La ora actuală (Imunologie, 2011), boala Crohn, alături de rectocolita hemoragică, este considerată o boală autoimună mediată de limocitele T (LT)[91].

- Cauza bolii este “nedeterminată”, dar sunt implicați “factorii genetici”, aflăm din *Medicina Internă* (L.Gherasim). Interesant este faptul că se ştia deja în urmă cu 13 ani că la baza bolii stă o dereglare imună şi anume o “scădere a factorilor antiinflamatori”: scăderea limfocitelor Th2 etc. De asemenea, se presupunea că *autoanticorpii* sunt cei care pot întreține inflamația cronică intestinală, caracteristică bolii[92]. Între timp, imunologii au confirmat autoimunitatea bolii Crohn[93].

- Debutul este *în a doua decadă a vieții*; dacă în trecut era o afecțiune foarte rară, acum se constată *o creştere fără precedent a cazurilor la adolescenți. Personal, am constatat şi eu acest lucru (fiind medic de familie pentru studenți).*

- *Clinic*: boala afectează *intestinul subțire şi colonul*, dar poate fi implicată orice porțiune a tractului digestiv; *debutul* este cu pierdere ponderală, după care se instalează durerile abdominale, diaree, febră, oboseală, vărsături, sângerări rectale, anemie şi apoi “falimentul creşterii”; boala are *o evoluție cronică, impredictibilă, cu remisiuni şi exacerbări, şi numeroase complicații sistemice*[94].

- *Tratamentul* este unul paleativ (tratează simptomele, dar nu vindecă); atacurile severe sunt întotdeauna urgențe chirurgicale; se recurge la nevoie, la folosirea opiaceelor, Cortizonului etc.[95], medicamente cu grave repercusiuni asupra sistemului imun al pacientului.

- **Vaccinurile** au “bătaie lungă”, de ani şi zeci de ani, cu apariția bolilor autoimune, inclusiv digestive, la adolescenți şi adulți; una dintre aceste afecțiuni este

[90] *Ibidem*, 311

[91] V. Cristea et al., *op. cit*, 332.

[92] L. Gherasim, *Medicină Internă,* vol. 3: *Bolile digestive hepatice şi pancreatice*, Editura Medicală, Bucureşti, 1999, 503- 519.

[93] V. Cristea et al., *op. cit*., 332.

[94] M. Geormăneanu, I. Gherghina*, op. cit.,* 314-315.

[95] *Ibidem,* 317.

şi boala Crohn (Morbus Crohn), după cum arată studiile[96]; este o boală debilitantă şi care poate fi prevenită, în majoritatea cazurilor, prin oprirea vaccinurilor.

c) **Diabetul zaharat tip 1**

- Este o boală autoimună, organ-specifică, mediată de limfocitele T (LT), în care antigenul țintă pentru autoanticorpi îl reprezintă celulele "B" din pancreas, ce secretă insulina[97].

- Deşi literatura de specialitate vine să ne demonstreze că, în diabetul juvenil, o pondere importantă o are *"susceptibilitatea genetică"*, observăm în acelaşi timp că nu se cunosc aproape deloc cauzele reale ale acestei afecțiuni autoimune, caracterizată printr-o exagerare a reacțiilor imune: *"Prima fază în apariția diabetului de tip 1 este reprezentată de o* ***susceptibilitate genetică****, identificată cel mai adesea prin prezența unor mutații în structura mai multor gene, dintre care cele mai cunoscute sunt cele aparținând sistemului HLA («Human Leucocyte Antigen»), de care depinde reglarea răspunsului imun a organismului, aflat pe brațul scurt al cromozomului 6... Modul în care acționează diferite alele HLA cu potențial diabetogen este legat probabil de o reacție imună exagerată față de unele antigene, de natură proteică şi de origine endogenă sau exogenă...* ***În a doua etapă a bolii, se presupune intervenția unor factori de mediu virali, toxici sau alimentari****, care pot modifica structura proteinelor din compoziția celulei B-pancreatice, astfel încât ele să poată deveni antigenice şi, în consecință, împotriva lor vor fi produşi anticorpi, capabili să distrugă progresiv celulele pancreatice B-secretoare"*[98].

- Studiile au arătat că vaccinurile hepatitic B[99,100] şi Hib[101,102,103] pot provoca DZ tip 1 la copil (vezi cap.4).

---

[96] M. Hirte*, op. cit.,* 96.

[97] Ibidem, 325

[98] L. Gherasim, *Medicina Internă. Bolile cardiovasculare şi metabolice,* vol.2, Editura Medicală, Bucureşti, 1998, 1184-1186.

[99] J. B. Classen, *"Diabetes epidemic foolows hepatitis B immunization program"*, *New Zealand Medical Journal* 1996, 109:195.

[100] K. Poutasi, *"Immunization and diabetes"*, *New Zealand Medical Journal* 1996, 109 (1026):283.

[101] T.M. Dokheel, *An epidemic of chidhood diabetes in the United States Diabetes Care*, 1993, 16:1606-1611.

[102] S. Gardner et al., *"Rising incidence of insuline dependent diabetes in children under 5 years in Oxfrod region :time trend analysis", BMJ* 1997, 315:713-716

[103] J. B. Classen, D. C. Classen, *"Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals"*, *J Ped Endocrinol Metab* 2003, 16 (4): 495-508

d) Artrita reumatoidă juvenilă (ARJ)

- Este o boală autoimună, nespecifică de organ, mediată de limfocite T (LT); este o boală inflamatorie cronică, multifactorială, sistemică, ce afectează în primul rând articulațiile (sinovită cronică), dar şi alte organe: piele, inimă, plămâni[104].

- *"Etiologia bolii este necunoscută…Dintre factorii predispozanți, se citează existența «**terenului genetic**». …Au fost incriminate **virusuri lente sau alți agenți infecțioşi (Mycoplasma, Clamydia, bacilii difteroizi şi virusul rubeolei)**. Unii dintre aceşti agenți infecțioşi au fost izolați din lichidul sinovial (articular)"*. În anii' 80, prof Geormăneanu afirma că *"toate teoriile patogenice asupra acestei boli acceptă că în artrita reumatoidă mecanismul imunologic joacă un rol considerabil. Se discută rolul unei **reactivități particulare a sistemului imun** în această afecțiune. Natura stimulului antigenic […] nu este precizată… **Pare a fi o reacție de hipersensibilizare sau o reacție imună la un antigen neidentificat**"*[105]. La ora actuală se ştie că este o boală autoimună, dar despre etiologia bolii şi a mecanismelor patogenetice, nu se cunoaşte nimic în plus. Nu se caută acolo und ar trebui: la *dezordinele imunologice ale sugarului şi copilului mic, provocate de vaccinuri*. Este de o importanță covârşitoare *reacția particulară* a fiecărui copil la vaccinuri, conform particularităților individuale a fiecărui sistem imun în parte, lucru necunoscut şi neprevăzut de nimeni. Este însă prea târziu, când apare boala, să mai căutăm *"o posibilă reacție particulară"* a unui sistem imun afectat deja în mod ireversibil.

- *Clinic*: durerile reumatismale sunt cauzate de *inflamația cronică a țesutului conjunctiv,* articular, în urma reacțiilor imune locale (complexe imune); artrita afectează de obicei o singură articulație.

- Diagnosticul se pune pe prezența factorului reumatoid (FR), care este un autoanticorp (din clasa IgM, îndreptat împotriva IgG) şi constituie un marker al bolii[106]. *"Complexele imune sunt găsite în țesuturile sinoviale (articulare) afectate. FR nu are totuşi specificitate absolută pentru boală, fiind prezent şi în alte afecțiuni. Se pare că **nu FR inițiază fenomenele inflamatorii articulare din ARJ, dar perpetuează şi amplifică acest proces**"*[107].

- *Tratamentul* este unul simptomatic şi patogenetic: antiinflamtoare steroidiene (Cortizon) şi nesteroidiene (salicilați) etc., care tratează, dar nu vindecă.

Vaccinurile hepatitic B şi rujeolic (ROR), sunt cauza frecventă a bolilor reumatice cronice, inclusiv ARJ şi PR (vezi cap. 4.)

---

[104] V. Cristea, *op. cit.*, 327.
[105] *Ibidem.*
[106] *Ibidem*, 328.
[107] M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.,* 232.

e) Poliartrita reumatoidă (la adult)

- *"Deşi este considerată echivalentul pediatric al artritei reumatoide a adultului, în unele privințe boala are mult specific la vârsta copilăriei. Altfel spus, diferențele dintre artrita reumatoidă a adultului şi cea a copilului sunt la fel de importante ca şi asemănările"*[108]. Este un lucru cât se poate de firesc, deoarece organismul unui copil este imatur (la fel şi sistemul imun) şi reacționează diferit față de cel al adultului, la care procesul de maturare al aparatelor şi sistemelor (osteo-articular, nervos, imun etc.) s-a încheiat.

- *Tabloul clinic*: Este o boală autoimună caracterizată printr-o inflamație cronică a sinovialei articulare iar clinic, se exprimă prin artrită prezentă la mai multe articulații (de unde şi denumirea)[109].

- *"Cauza bolii este necunoscută. Un rol important în etiologia bolii îl joacă* ***factorii de mediu*** *care interacţonează cu un* ***genotip susceptibil****. Dintre factorii de mediu cei mai importanți sunt cei* ***infecțioşi****. Microorganismele implicate în etiologia poliartritei sunt multiple…dintre acestea sunt de reținut: Clostridium perfringens, micoplasme, virusuri…Susceptibilitatea genetică este argumentată de studii familiale şi de corelări cu antigenele de histocompatibilitate… HLA DR 4 se întâlneşte mai frecvent la bolnavii cu PR"*[110].

- *Mecanismul de producere a bolii nu este pe deplin cunoscut.* Procesul inflamator articular (fiind practic identic cu cel din ARJ) este provocat de reacțiile imune locale: existența anticorpilor, din clasa IgM (numit factor reumatoid: FR), îndreptate împotriva anticorpilor IgG. În lichidul sinovial (articular) se găsesc, alături de o serie de alte celule, limfocite T şi B, dar *predomină limfocitele T helper*. Acestea, la rândul lor, stimulează activitatea limfocitelor B, responsabile de secreția de factor reumatoid (FR). În urma reacției FR-IgG, se formează *complexe imune*, care provoacă un lanț de procese imune, ce vor duce la inflamație acută şi leziunile caracteristice din articulații[111].

- *Tratamentul* urmăreşte reducerea inflamației şi durerilor articulare, oprirea evoluției leziunilor distructive ale osului şi cartilajului şi corectarea mecanicii şi funcției articulare[112].

- Evoluția bolii este cronică, în pusee, fără vindecare.

- *Deşi poliartrita reumatoida este una din cele mai frecvente boli postvaccinale a adolescentului, literatura de specialitate nu recunoaşte acest fapt.*

[108] *Ibidem,* 231-232.

[109] L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator şi locomotor,* vol. 1, Editura Medicală, Bucureşti, 1998, 485-486.

[110] *Ibidem*.

[111] *Ibidem.*

[112] *Ibidem*, 494.

f) Vitiligo

- Este o boală cronică, cu depigmentarea pielii. *Etiologia este necunoscută*, conform literaturii de specialitate, motiv pentru care au fost elaborate mai multe teorii, dintre care redau câteva:

- "*Teoria autoimună* propune alterarea imunitatii umorale şi celulare cu distrugerea melanocitelor în vitiligo. Afecțiunile tiroidei, mai ales tiroidita Hashimoto şi boala Graves, alte endocrinopatii, cum este boala Addison şi diabetul zaharat, alopecia areată, anemia pernicioasă, boala intestinală inflamatorie, psoriazis şi sindromul poliglandular autoimun, sunt asociate cu vitiligo. *Cea mai convingătoare evidență a unei patogeneze autoimune este prevalența anticorpilor circulanți la pacienții cu vitiligo***.** Rolul imunității umorale este susținut de observarea melanocitelor distruse în grefele de piele sănătoasă la un pacient cu vitiligo. În plus față de implicarea mecanismelor autoimune umorale în patogeneza vitiligo se indică şi implicarea imunității celulare. Distrugerea melanocitelor poate fi direct mediată de limfocitele T (CD8)... Nicio terapie unică pentru vitiligo nu dă rezultate bune la toți pacienții. Răspunsul la terapie este variabil. Tratamentul trebuie individualizat, iar pacientul trebuie avertizat de riscurile asociate cu terapia"[113].

- "Vitiligo este o boală cronică, cauzată de *distrugerea totală sau parțială a celulelor care produc pigmentul pielii (melanina), acestea nemaifiind recunoscute de către sistemul imun ca aparținând organismului***.** Cauzele pot fi multiple, însă sunt incomplet înțelese. *Debutul are ca vârstă medie 20 de ani şi se asociază deseori cu alte afecțiuni autoimune*, cum ar fi: disfuncții ale glandei tiroide, diabet zaharat de tip 1, anemie pernicioasă (carența de vitamina B12), alopecia areată, lupus eritematos sistemic, psoriazis sau poliartrita reumatoidă. Boala nu este contagioasă şi nu se moşteneşte, însă poate fi moştenită *predispoziția către ea. Dintre factorii care pot determina declansarea ei sunt citați stresul psihic, traumatismele, arsurile solare severe sau afecțiunile sistemice, lista nefiind epuizată... Leziunile de vitiligo apar sub forma unor zone depigmentate circumscrise la nivelul pielii şi al mucoaselor***,** locurile de predilecție fiind fața, gâtul şi organele genitale. Regiuni frecvent afectate sunt cele supuse la traumatisme repetate, cum ar fi zonele frecate zilnic de bretelele de la sutien sau încheietura la care este purtat ceasul. *Vitiligo la nivelul scalpului se asociază cu depigmentarea firelor de păr***,** care poate merge de la o şuviță izolată până la albirea completă a părului, acest fapt fiind un indicator de evoluție nefavorabilă a bolii... Tratament: în funcție de extensia leziunilor, *se poate opta pentru repigmentare sau pentru depigmentarea completă*, rata de vindecare fiind cu atât

[113] http://www.paginamedicala.ro/boli-afectiuni/Vitiligo_219/

mai mare cu cât tratamentul este început mai devreme”[114]. Trebuie specificat faptul că tratamentul de bază pentru repigmentare se face cu produse pe bază de *Cortizon*, fie tratament sistemic în vitiligo extins, fie corticoterapie locală în vitiligo localizat, ceea ce provoacă grave efecte secundare organismului.

- “*Vitiligo poate fi provocat de un cumul de factori – autoimuni, stres oxidativ (exces de peroxid de hidrogen), neurotrofic (interacțiunea dintre melanocite şi sistemul nervos) şi toxic (substanțe care intervin în procesul normal de producere al melaninei sunt de fapt toxice melanocitelor). Mecanismul implică distrugerea progresivă a anumitor melanocite probabil de către limfocitele citotoxice.* Alții sunt de părere ca vitiligo este un tip de dereglare autoimună în care sistemul imun al organismului vede celulele pigmentare ale pielii ca pe nişte corpuri străine pe care le atacă. Baza acestei dereglări autoimune se crede că este tot de natură genetică. Stresul, evenimentele traumatice, rănile şi arsurile solare grave pot declanşa apariția unui vitiligo în cazul celor susceptibili”[115].

- *Vitiligo la copii şi adolescenți (debutul fiind cel mai frecvent până la vârsta de 20 de ani) este considerată de autorii străini ca fiind deseori consecința vaccinurilor, în special a vaccinului hepatititc B, care provoacă tulburări ale funcțiilor hepatice. Mecanismul patogenetic la vitiligo este practic acelaşi ca în orice boală autoimună*[116]. Găsim în AT (*Arznei-Telegramm*) reclamații din partea părinților, după vaccinul hepatitic B, fiind vorba de complicații postvaccinale grave precum Boala Crohn si Colita hemoragică, dar şi boli de piele: *Vitiligo* şi *Lichen roşu plan*[117]. O predispoziție genetică nu este exclusă, însă nu există niciodată o predispoziție pentru vitiligo, ci pentru alergii sau boli autoimune, printr-o reacție particulară la vaccin a pacientului. Aşa cum am văzut, nu poate fi anticipată o asemenea reacție particulară la vaccin, dar nici nu există interes din partea autorităților de a evita vaccinurile în familiile cu boli autoimune sau alte boli alergice, cronice.

g) Psoriazis

- La un simpozion din Stuttgart, Dr. med. Georg Kneissl, abordând tema ”Ce trebuie să fac pentru sănătatea copiilor mei?”, vorbeşte despre complicațiile postvaccinale severe. Alături de eczema atopică (germană: *Neurodermitis),* el descrie *psoriazisul* şi alte complicații postvaccinale grave: “*Neurodermatita* este una dintre bolile grave datorate vaccinurilor. Este vorba de

---

[114] *“Vitiligo – ce este şi cum se tratează”*, http://www.eva.ro/sanatate/medicina-generala/vitiligo-ce-este-si-cum-se-trateaza-articol-12828.html

[115] http://www.vitiligo.ro/info/cauzele-vitiligo

[116] http://f3.webmart.de/f.cfm?id=357215&r=threadview&t=2076445&pg=1

[117] Arznei-telegramm (AT), 12/2001, Seite 122 und 4/97,Seite 46.

leziuni foarte grave ale pielii la copii. Am observat că această leziune apare în special după *Hexavaccinul* administrat copiilor. Unul dintre primele cazuri care s-a prezentat la mine la cabinet a fost un băiat de 3-4 ani la care boala a debutat la vârsta de 2-3 luni. Fața îi era plină de răni, dar era şi extrem de agitat, deoarece suferea şi de sindromul ADHD (*Deficit de Atenție/Tulburare Hiperkinetică*), fiind nevoie de 3 adulți ca să poată fi ținut sub control. Multe asemenea cazuri grave s-au prezentat la mine la cabinet, la care a eşuat orice tratament medical făcut în diferite Instituții Medicale din țară şi străinătate. Am inițiat la toți aceşti copii un tratament naturist. *Psoriazisul* este o altă consecință a vaccinurilor. Am observat forme foarte extinse şi foarte grave la copii. Se ştie că această afecțiune este cronică şi nu există un tratament alopat eficace... *Contracțiile musculare necontrolabile* (asemănătoare cu cele din tetanos) reprezintă o altă afecțiune gravă care apare după Hexavaccin. La o fetiță din Viena aceste contracții au apărut după a doua doză de Hexavaccin, la vârsta de 6 luni. Avea *peste 50 contracții /zi*, un retard motor şi psihic grav, nu se putea comunica deloc cu ea. După tratament au dispărut în timp aceste contracții, iar fetița, care are acum 8 sau 9 ani poate să şadă în fund şi chiar merge susținută, dar nu există nici o şansă de comunicare cu ea”[118].

Personal, am văzut cazuri de psoriazis tratate la debut şi vindecate în urma tratamentelor de detoxifiere de metale grele (mercur). Se ştie că vaccinurile conțin mercur şi alte metale grele, care pot provoca boli autoimune, inclusiv psoriazis.

h) Anemie pernicioasă Biermer.

i) Anemie hemolitică.

j) Trombocitopenie ş. a. (pentru acestea din urmă, vezi cap. 4).

II. Boli neurologice (autoimune) provocate de vaccinuri

Scleroza multiplă şi Sindromul Guillain-Barre sunt recunoscute în literatura de specialitate ca fiind boli autoimune, motiv pentru care le-am tratat ca atare. *Sindromul Guillain-Barre este singura boală autoimună recunoscută ca şi complicație postvaccinală,* dar în cazuri foarte rare. Există la ora actuală

[118] Dr. med. Georg Kneissl, *“Hat Impfen Sinn?”*, 16 Juli, 2009, Stuttgart, http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium)

părinți a căror copii au fost victime ale unor astfel de complicații şi care au câştigat în instanță, cu drept la despăgubire.

Nu acelaşi lucru îl pot spune despre marele grup de boli neurologice post-vaccinale, autoimune, "de ultimă oră", care nu sunt recunoscute de literatura modernă ca fiind boli autoimune şi, desigur, nici postvaccinale: *autism, sindrom ADHD, Demența infantilă, boala Alzheimer* etc. Ele figurează în continuare în tratatele de medicină ca fiind boli de cauză necunoscută… Cu toate acestea, miile de studii din ultimii zeci de ani (!) dovedesc acest adevăr care nu mai poate fi contestat de nimeni…

Boala Alzheimer şi *boala Parkinson***,** deşi deseori sunt provocate de vaccinuri, în special de metalele grele pe care le conțin, sunt boli specifice adultului şi omului vârstnic şi nu le voi trata pe fiecare în parte, ci doar le voi aminti pe parcurs.

Bolile neurologice autoimune postvaccinale au la bază formarea de anticorpi împotriva mielinei (autoanticorpi) care înveleşte nervii (sau/şi a unor limfocite autoreactive împotriva țesutului nervos). În consecință, nervii periferici, măduva spinării sau creierul vor fi afectate de această reacție autoimună care va duce la demielinizare[119]. Mecanismul de producere este încă insuficient cunoscut. Teoriile sunt mai multe şi au fost descrise în cap.1.

1.) Scleroza multiplă (SM)

Este o boală autoimună, organ-specifică, în care antigenul țintă pentru autoanticorpi, este *mielina* (proteină bazică, mielinică) din creier şi măduvă[120]; *"este o boală cronică demielinizantă care survine la adultul tânăr (este extrem de rară sub vârsta de 10 ani) şi se caracterizează prin multe manifestări neurologice […] şi perioade de remisiune şi exacerbare. Forma cronică, cu recidive, se întâlneşte atât la adult, cât şi la copil. Debutează de obicei acut"*[121].

Etipatogenia nu este bine cunoscută... A fost creat un "model experimental de encefalomielită alergică, demielinizantă, considerându-se că boala experimentală este produsă de un proces imunopatologic… Rolul infecției virale a fost reluat în duscuție"[122].

Evoluția este imprevizibilă şi prognosticul este rezervat; tratamentul constă în ameliorarea simptomelor şi tratarea complicațiilor[123].

[119] M. Hirte, *op. cit*., 102.
[120] V. Cristea et al., *op. cit*., 325.
[121] M Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.,* 371.
[122] *Ibidem*, 372.
[123] *Ibidem*.

Vaccinurile pot induce scleroza multiplă:

- multe cazuri de scleroză multiplă au apărut *după vaccinul hepatitic B*, ceea ce a dus în Franța la renunțarea administrării vaccinului la adolescenți[124];

- un studiu efectuat în Marea Britanie a dovedit legătura dintre vaccinul hepatitic B şi Scleroza multiplă, frecvența acestei afecțiuni triplându-se după vaccin[125];

- *"S-a ridicat mult praf când a fost descoperită o nouă afecțiune autoimună postvaccinală, respectiv **Miofascita Macrofagică**, care evoluează deseori spre Scleroza Multiplă"*[126].

2.) Sindromul Guillain-Barré (SGB) /Polinevrita mediată imun

Este o boală autoimună organ-specifică, în care autoanticorpii se îndreaptă împotriva antigenului țintă, reprezentat de *nervii periferici*[127]. *"Se caracterizează prin inflamația segmentară şi **demielinizarea nervilor periferici şi a rădăcinilor nervoase din măduvă"***[128].

Debutul neurologic constă în apariția unei senzație de "amorțire" (alteori de "furnicături") a degetelor, mâinilor şi picioarelor; apoi apare slăbiciunea musculară în membre şi paralizii care progresează continuu sau în trepte, pe o perioadă de 2-30 de zile; pot fi afectați nervii cranieni III, IV şi VI etc.[129].

Etiopatogenia nu este pe deplin cunoscută, dar se ia în discuție "rolul infecției virale, modificările imunologice, interreacțiile imun-virale şi antigenele de histocompatibilitate. În majoritatea cazurilor există o infecție recentă în antecedente:rujeolă, rubeolă, oreion, gripă, infecții cu virus respirator sincițial… *Apariția bolii a mai putut fi corelată cu vaccinări atât cu virus viu, cât şi cu virus mort (mai frecvent a fost raportată vaccinarea antigripală)*[130]. Alți autori români afirmă că "acest sindrom raportat după vaccinarea antigripală şi antihepatitică B nu a putut fi asociat cu certitudine acestor vaccinuri"[131].

După vaccin, afecțiunea poate debuta la câteva săptămâni sau chiar luni! Este motivul pentru care de cele mai multe ori nu se face nicio legătură

---

[124] M. Hirte, *op.cit*., 103.

[125] M. A. Hernan, S. S. Jick, M. J. Olek, H. Jick, *"Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis:A prospective study"*, *Neurology* 2004, 63:723-772.

[126] F. J. Authier, P. Cherin, A. Creange, B. Bonnotte, *"Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis"*, *Brain* 2001 Mai, 124:974-983.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335699

[127] V. Cristea, *op. cit*., 326.

[128] M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit*., 372-374.

[129] *Ibidem*.

[130] *Ibidem*.

[131] M. I. Brumboiu, *op. cit*., 59.

între vaccin şi boală. După boală, care durează câteva săptămâni, pot rămâne sechele. Mortalitatea este de 6% la adolescenți şi adulți şi creşte o dată cu vârsta. Vaccinurile care pot provoca SGB sunt: *vaccinul gripal, hepatitic B, FSME* şi *rujeolic*[132].

Faptul că acest sindrom este o reacție adversă severă postvaccinală este menționat în prospectele vaccinurilor şi este un lucru dovedit ştiințific. De asemenea, au fost câştigate numeroase procese de către părinții ai căror copii au fost victime ale vaccinurilor, suferind sau murind în urma acestui sindrom[133].

Problema care rămâne şi pe care am menționat-o la început de capitol este faptul că după 4 săptămâni (în cazul SGB, până la 30 de zile maximum, în România) nu mai este recunoscută nicio complicație postvaccinală, deci nici SGB.

3.) Miofascita macrofagică

Aceasta afecțiune a fost descrisă pentru prima dată în 1998[134]. Între timp au fost raportate în Franța sute de cazuri, *majoritatea după vaccinul hepatitic B şi o parte din cazuri după vaccinul tetanic*[135]. Debutul bolii este cu dureri mari şi persistente la locul injecției. În următoarele luni sau chiar ani, se dezvoltă o slăbiciune musculară şi apoi dureri difuze musculare şi articulare. Apar şi alte tulburări neurologice, precum tulburări de vedere, senzitive, de echilibru, enurezis. Literatura de specialitate presupune ca întotdeauna, o predispoziție genetică, în special spre boli autoimune. În sânge nivelul enzimelor musculare este crescut (CK: creatinkinaza). Mulți pacienți suferă şi de tulburări psihice şi oboseală cronică, iar la unul din trei boala evoluează spre o scleroză multiplă (SM) atipică[136].

Ceea ce este interesant la această boală autoimună postvaccinală este faptul că *poate fi dovedită printr-o puncție-biopsie din țesutul muscular de la locul injecției*! În ultimii ani s-au înregistrat tot mai des *cazuri la sugari* (!), caracterizate prin hipotonie musculară, tulburări în dezvoltarea psiho-moto-

---

132 M. Hirte, *op.cit*, 102-103.

133 Th. Quast, *Impfungen und Impffolgen*, http://www.med.uni-muenchen.de/fachschaft/homeopathy/

134 R. K. Gherardi, M. Coquet,, P. Cherin, F. J. Authier et al., *"Macrophagic myofasciitis:an emerging entity"*, *Lancet* 1998, 352:347-352.

135 R. K. Gherardi, *"Lessons from macrophagic myofasciitis:towards definition of a vaccine adjuvant –realated syndrome"*, *Rev. Neurol* 2003, 159(2): 162-164 (Review).

136 F. L. Authier et al., *op. cit*, 2001, 124: 974-983.

rie, tulburări neurologice[137],[138]. Deoarece afecţiunea nu este bine cunoscută, se presupune că este vorba de o cifră mare la sugari[139]. *Această afecţiune autoimună gravă nu este încă recunoscută ca fiind o complicaţie postvaccinală*. La orice sugar care are astfel de simptome ar trebui dozate enzimele musculare din regiunea unde a fost vaccinat.

4.) Mielita transversă

Este o afecţiune a măduvei spinării ce constă în demielinizarea fibrelor nervoase medulare[140]. Simptomele constau în crampe musculare, dureri mari la nivelul coloanei vertebrale, paralizii. Prognosticul este destul de rezervat, datorită sechelelor neurologice. *Mielita transversă poate evolua deseori spre o scleroză multiplă (SM)*. Vaccinurile care pot provoca boala sunt: *tetanic, hepatitic B, rubeolic, rujeolic* şi *varicelic*[141].

5.) Autism/ Tulburare de spectru autist (TSA)

"Primele victime ale atacului Medicinii asupra creierului (prin intermediul vaccinurilor) au fost copiii americani", spune Harris Coulter în cartea sa *Vaccination, Social Violence and Criminality: the Medical Assault on the American Brain* (trad.: *Vaccinurile, violenţa socială şi criminalitatea: marele atac asupra creierului americanilor*). În renumitul său articol, din anul 1943, Leo Kanner – medic psihiatru cu renume mondial – scria despre boli noi, apărute în rândul copiilor şi tinerilor. Este vorba de cel puţin 11 cazuri pe care le defineşte ca fiind *"tulburări afective cu spectru autist"* şi despre care notează: "Simptomele diferă radical de toate celelate simptome cunoscute până la ora actuală"[142]. Fenomenul a fost denumit în scurt timp "Autism infantil timpuriu" (*Early Infantile Autism*) sau pur şi simplu "Autism"[143].

---

[137] A. G. Lacson, C. A. D'Cruz, E. Gilebert-Barness, L. Sharer, S. Jacinto, R. Cuenca, *"Aluminium phagocitosis in quadriceps muscle following vaccination in children :relationship to macrophagic myofasciitis"*, *Pediatr Dev Pathol* 2002, 5 (2): 151-158.

[138] A. DiMuzio, M. Capasso, A. Verrotti, D. Trotta, S Lupo et al., *"Macrophagic myofasciitis :an infantile Italian case"*, *Neuromuscul Disord* 2004, 14 (2): 175-177.

[139] M Hirte, *op. cit.,* 100.

[140] *Ibidem*, 103.

[141] *Ibidem*.

[142] Leo Kanner, *"Autistic Disturbances of Affective Contact"*, *The Nervous Child II* (1942-1943), 250.

[143] Leo Kanner, *"Early Infantile Autism"*, *J Pediatrics* 25 (1944), 211.

După primele articole scrise de Leo Kanner, mai mulți cercetători au căutat studii şi cazuri care să ateste existența autismului în trecut, dar ei nu au găsit astfel de date, boala fiind cu adevărat necunoscută până atunci. *În 1958, Kanner număra 150 de cazuri. În anii '50-'60, o dată cu noul program de vaccinare din America (prin creşterea numerică a vaccinurilor, dar şi prin combinarea lor), se constată o creştere spectaculoasă a cazurilor de autism la copii.* Psihiatri renumiți, precum Goodwin ş.a., scriau: *"Autismul la copii era o raritate în spitalele de psihiatrie infantilă înainte de anul 1964".* În perioada 1952-1964, s-au înregistrat doar 6 cazuri. De aceea nu erau deloc pregătiți când, la un moment dat, s-au confruntat cu un număr de 65 de cazuri. Această explozie de cazuri de autism, spun ei, se corela cu perioada în care a început noul program de vaccinare la sugarii din SUA[144].

Acelaşi paralelism, între debutul autismului şi noul program de vaccinare, se poate observa şi în alte țări. În Japonia, primul copil diagnosticat cu autism, s-a născut în 1945. Una din condițiile obligatorii impusă Japoniei de către americani care tocmai ocupaseră țara, era un program obligator de vaccinare împotriva tusei convulsive. În Franța, Chile, Austria, Olanda şi Scandinavia, primele cazuri de autism apari la începutul anilor'50. Tot în acest timp s-a introdus pentru prima dată vaccinul pertussis (împotriva tusei convulsive). Când, în Londra, 1962 se pun bazele primei *Societăți naționale pentru copiii autişti din Marea Britanie*, se constată că aproape toți s-au născut în perioada când s-a început vaccinarea antipertussis (la sfârşitul anilor'50), şi numai câțiva dintre copiii autişti se născuseră la începutul anilor '50[145]. În Anglia numărul copiilor autişti era mult mai mic decât cel din SUA, probabil datorită faptului că vaccinul pertussis nu era obligatoriu, ci voluntar, fiind regiuni unde se vaccinau doar 30% dintre copii.[146].

Cine au fost primii copii vaccinați? Primele cazuri de autism au apărut la copii din familii înstărite, dar mai ales din familii de intelectuali, părinții fiind medici, avocați, profesori etc. Vedem că primele victime nu au fost copiii muncitorilor sau a oamenilor săraci, ci *copiii oamenilor cu studii superioare,* cu mame exagerat de grijulii, pentru care niciun sacrificiu nu era prea mare, având în vedere că *acest vaccin era şi foarte scump*. Kanner ne relatează: *"Până acum nu avem niciun caz de autism la copii ai căror părinți să nu fie cu studii medii sau superioare... Din primele 100 de cazuri de copii cu autism, 87 dintre tați şi 49*

[144] Mary Stewart Goodwin and W. Campbell, *"In a Dark Mirror", Mental Hygiene* 53:4 (Oktober 1969), 558.

[145] P. Margaret, *"The National Society for Autistic Children in Britain"*, *J. Autism* 3 (1973), 278.

[146] L. Harris Coulter and Barbara Fisher, *DTP:A Shot in the Dark*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1985, 200-204, 235.

dintre mame aveau studii superioare, restul având cel puțin un colegiu"[147]. Alte studii arată de asemenea că, toți copiii autişti provin din familii cu un statut aparte în ceea ce priveşte inteligența şi personalitatea părinților. Acest lucru era cu totul ieşit din comun având în vedere că, în cazul celorlați copii, cu alte afecțiuni psihice, doar un procent mic (19%) dintre părinți, absolviseră facultatea[148]. *Motivul a fost că părinții copiilor din categoriile sociale defavorizate, nu şi-au permis vaccinul scump, antipertussis.* Aşa se explică de ce, în primul deceniu, vedem o răspândire inegală a autismului între copii. *Dar, după extinderea unui program obligatoriu de vaccinare, în aproape toate țările, au beneficiat copiii din toate categoriile sociale de vaccinul DTP (diftero-tetano-pertussis). Din acest moment autismul se va răspândi în mod egal la copii***,** iar cercetătorii au considerat (în mod total greşit) că, din acest motiv, primele statistici ar fi fost false! *"Astăzi putem compara evoluția autismului cu cea a unui arbore bolnav. Din primele ramuri, respectiv cele 11 cazuri descrise de Kanner în 1943, au crescut alte 200.000 doar în SUA"*[149]. La ora actuală, acest arbore a "crescut" asemenea unei "pandemii" în întreaga lume, inclusiv în România.

a) Manifestările clinice ale autismului

Înstrăinarea de sine şi de lume, slăbiciunea "eu"-lui (Ich-schwäche). Denumirea autismului vine din grecescul *autos*, care înseamnă "propriu" sau "eu însumi"; Kanner descrie această înstrăinare ca fiind *"incapacitatea copilului de a avea relații normale cu oamenii încă de la naştere… Chiar de la început vedem o înstrăinare extremă"*[150]. Aceşti copii trăiesc în lumea lor şi nu lasă pe nimeni să se aproprie de ei. Sunt "absenți" şi nu pot zâmbi. Nu le place nicio atingere, uneori nici de la părinții lor, iar față de străini se poartă cu nervozitate şi deseori cu ură. Ei suferă de un "sindrom afectiv disproporționat"[151]. *Caz*: Jerry Goldsmith, un băiat de 18 ani, cu autism, "funcționează ca o maşină, fără sentimente, şi se raportează la lumea din jur doar cu mintea (intelectul)… La 14 ani, fiind plecat cu părinții într-o excursie

---

[147] Leo Kanner, *"To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?",* în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns* (Baltimore:Williams and Wilkins, 1954), being Vol. 33 of the Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1954, 382.

[148] Mary Coleman (ed.), *The Autistic Syndromes*. Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1976, 12.

[149] *American Psychiatric Association*, 1987, 36-37: Figures also supplied by National Society of Autistic Children and Adults.

[150] Leo Kanner, *op. cit*, 1942/1943, 250.

[151] Leon Eisenberg, "*The Autistic Child in Adolescence"*, *A. J. Psychiatry* 112, (January-June, 1956), 609-611.

în Mexic, nesuportând la un moment dat mirosurile dintr-o piață, a dispărut pur şi simplu şi a mers pe jos cei 16 km până la motel, fără ca să spună ceva părinților”[152].

O formă aparte de “egoism”. Copilul autist crede că doar el există pe lume, dar acest sentiment nu este unul de “mândrie” (cum apare la oamenii sănătoşi), ci este unul patologic, amestecat deseori cu un “complex de inferioritate”. La prima vedere, pare un paradox, fiindcă în mod normal, nu pot fi compatibile cele două trăsături, dar ele trebuie privite ca nişte extreme ale uneia şi aceleiaşi afecțiuni. În cel mai bun caz, copilul nu îşi vede rostul în lume şi nu se simte în stare de nimic. *Un autist nu are conştiința eu-lui*. El se identifică cu întreaga lume. “Se spune despre el, că nu ştie unde începe el, unde se termină şi unde începe altcineva. Totodată, el crede că toată lumea se învârte în jurul lui. El nu realizează că are semeni. Se vede ca fiind singurul şi cel mai important «obiect» din lume şi îl interesează doar repercusiunile pe care le pot avea asupra lui situațiile din jur”[153].*Caz*: Ronald, cu o formă moderată de autism, ne relatează: “Nu am ştiut până la vârsta de 7 ani că există oameni pe lume. Dar chiar şi acum trebuie să îmi aduc uneori aminte că mai există şi oameni pe lumea asta”. I se întâmplă acest lucru mai ales când este într-o relație cu oamenii: “Se retrage brusc şi pleacă în mijlocul unei conversații, ca şi când acel om ar fi murit brusc”[154].

Sentimentul de teamă sau frică îi însoțeşte în permanență pe copiii autişti. Fața lor exprimă o teamă continuă. Le este teamă să-şi piardă “lumea lor” pe care şi-au creat-o şi în care “poate să intervină oricând cineva de afară”[155]. Teama aceasta nu este altceva decât o altă exteriorizare a “slăbiciunii eu-lui”, descrisă anterior. Vedem pe fețele copiilor autişti, “o teamă permanentă, cauzată probabil de o posibilă intervenție, nedorită, a omului adult în viața lui… Le este teamă de toate şi de toți: animale, zgomote, arme, frigider, sobă, o pată pe perete, dar mai ales de întuneric”[156]. Tony M., cu o formă uşoară de

[152] J. Bemporad, *“Adlut Recollections of a Formerly Autistic Child.”*, *J.Autism* 9:2, 1979, 195.

[153] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 24.

[154] Donald J. Cohen, *“The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome”*, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3 , December 1980, 388.

[155] Leo Kanner, *op. cit*, 1944, 217.

[156] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 25.

autism, scria într-o autobiografie: "Eu trăiam într-o lume a viselor şi a fricii. Nu mă interesau oamenii din jurul meu. Îmi era teamă de toate!"[157].

Teorii false (teoria "mamelor reci" şi "teoria emoţională/psihogenetică"): Atât psihiatrii cât şi psihologii au recunoscut, cu o oarecare resemnare, că nu pot face faţă noii afecţiuni numite "autism", pe care nici măcar nu o puteau explica. Până acum, spun ei, nu au putut găsi niciun remediu. Ei au ajuns la concluzia falsă că părinţii, în special mamele, sunt responsabile pentru "înstrăinarea copilului", pentru "slăbiciunea eu-lui" şi pentru teama permanentă a acestuia. Inclusiv Leo Kanner a acceptat la început ideea lor, spunând că părinţii copiilor autişti sunt rareori "părinţi iubitori" şi îşi punea întrebarea în ce măsură climatul rece şi formal din astfel de familii a putut contribui la apariţia autismului la copii[158]. Deoarece copiii autişti erau supuşi unei psihoterapii, despre care se credea că este eficientă, Bettelheim şi alţii credeau că etiologia autismului este una psihologică, posibil "emoţională". Ca urmare, ei susţineau (şi o fac şi în ziua de azi…) "ipoteza emoţională"[159]. Ipoteza este însă contrazisă de către Kanner. El constată că, la copiii cu autism, care au urmat "terapii psihiatrice intensive, ameliorarea a fost net inferioară celor care nu au fost trataţi niciodată. De asemenea, copii autişti, care au ajuns să urmeze o şcoală, nu au fost niciodată trataţi de către medici"[160]. Acest lucru este valabil şi în ziua de azi: *milioanele de ore de terapie psihoterapeutică şi psihiatrică a copiilor autişti, din ultimele decenii nu a avut niciun rezultat.* La un număr redus de autişti, se observă o uşoară ameliorare o dată cu înaintarea în vârstă, dar acest fenomen se datorează dezvoltării în timp a sistemului nervos[161].

Atât teoria "pshiogenetică", cât şi cea a "mamelor reci" au ridicat mult "praf" timp de câteva decenii şi au reprezentat "o perioadă întunecată din istoria Medicinei", aşa cum o caracterizează Rimland[162].

În 1964, situaţia era ceva "mai bună", dar chiar şi acum, nenumărate încercări de a explica autismul prin prizma unor teorii, care mai de care ciudate, se fac la diferite intervale de timp. Spre exemplu, Nikolaas Tinbergen, profesor la Oxford, în Cercetarea Comportamentală, a primit în 1973, Premiul

[157] Fred R. Volkmar and Donald J. Cohen, *"The Experience of Infantile Autism:A First-Person Account by Tony W."*, *J. Autism* 15: 1 (1985), p. 49-50,

[158] Leo Kanner, *op.cit,* 1944, 217.

[159] Rimland, Bernard, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York , Appleton Century Crofts, 1964, 17, 49.

[160] *Ibidem*

[161] W. and M. DeMeyer, *"Infantile Autism"*, *Neurologic Clinics* 2:1 (1984), 151.

[162] Edward Ritvo and B. J. Freeman, *"A Medical Model of Autism : Etiology, Pathology, and Treatment"*, *Pediatric Annals* 13:4 (1984), 299.

Nobel pentru Psihologie şi Medicină, iar în discursul său a ținut să precizeze că va relua studiul ipotezei "emoționale" a autismului, care, după părerea lui, a fost mult discreditată. El a mai adăugat că *"autismul nu este provocat de o anormalitate genetică sau de o leziune a sistemului nervos, ci din cauza unor influențe sociale timpurii. Autiştii sunt, în majoritatea cazurilor, ca şi părinții lor, victime directe ale unor situații de tensiune în mediul în care trăiesc"*[163]. Cât de falsă este o asemenea teorie aflăm din studiile făcute în anii următori.

Teoria neurologică a autismului (teoria reală):

Descoperirea unor simptome neurologice care apar în autism, şi care nu sunt cuprinse în prima definiție a lui Kanner, arată complexitatea acestei afecțiuni.

Lucrările lui Rimland, dovedesc etiologia neurologică a autismului. Asemeni altora, el a observat că autiştii suferă de o serie de tulburări: *retard psihic, epilepsie, paralizie cerebrală etc.* Numeroşi oameni de ştiință au început şi ei cercetările lor, deoarece au crezut dintotdeauna în etiologia neurologică a autismului.

Kanner a crezut că autiştii erau oameni cu o inteligență normală sau chiar peste normal, dar studiile ulterioare au dovedit că *"75% dintre autişti au retard psihic iar 40% au un IQ sub 50%"*[164]. William şi Marian DeMeyer scriau în 1984 că *"nu există o graniță între retardul psihic şi autism. Regula este aceea că, cu cât copilul are un retard psihic mai mare, cu atât are mai multe «trăsături autistice»"*[165].

O altă descoperire importantă a fost *legătura strânsă dintre autism şi epilepsie*. Chiar dacă Kanner a observat în 1943 prezența unor modificări EEG şi crize epileptice la un copil cu autism, nu i-a dat importanță[166]. În 1963, Richard J. Schain şi Herman Yannet, de la Facultatea de Medicină din Yale, au consultat 50 de copii autişti dintr-un Institut de Psihiatrie din Connecticuts şi au găsit, spre marea lor surprindere, că aproape 50% dintre ei (21 copii) suferă de epilepsie şi de alte afecțiuni neurologice, alături de simptomele autiste. Autorii au constat cu uimire că *"rezultatele obținute în urma analizelor, sunt străine de ceea ce scrie în literatura de specialitate…Alți autori nu s-au exprimat în legătură cu ceea ce am aflat"*[167]. *"Un procent de 20-30% dintre autişti suferă, aşa cum este cunoscut, de*

---

[163] Nikolaas Tinbergen, *"Ethiology and Stress Diseases"*, *Science* (July 5, 1974), 23

[164] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoreders*, Third Edition, Washington D.C., 1980, 88.

[165] W. and M.DeMeyer, *op. cit*, 1984, 14.

[166] Leo Kanner, *op. cit*, 1942/1943, 24.

[167] R. Schain and H. Yannet, "*Infantile Autism: An Analysis of 50 Cases and a Consideration of Certain Relevant Neurophysiologic Concepts", J. Pediatrics 57* :4 (1960), 563- 564.

diferite crize convulsive: epilepsie, spasme clonice, spasmul sugarului, Hypsaritmie, epilepsie temporală lobară, epilepsie psihomotorie, epilepsie forma majoră («Grand-mal») sau forma minoră («Petit-mal»), «privire fixă» şi diferite combinaţii ale acestora"[168]. Uneori aceste crize debutează doar în adolescenţă. Totodată, crizele epileptice sunt frecvente la cei cu retard psihic, cu un IQ sub 50, pe când la cei cu o inteligenţă normală, sunt rare. Un procent de 56% dintre autişti au un EEG anormal şi prezinta frecvent modificări ale reflexelor şi tonusului muscular: hipotonie sau hipertonie, ROT (reflexe osteo-tendinoase) accentuate, clonusul piciorului, etc.[169]. Un simptom tipic de hipotonie la autişti este acela de a nu-şi folosi mâinile. Sugarul apucă obiectele cu picioruşele şi se fereşte să prindă mingea. Aceşti copii au dificultate de a umbla "în patru labe". Unii dintre ei nu vor reuşi niciodată să umble altfel decât pe vârfuri, ceea ce arată o hipertonie musculară generalizată. Copiii mai mari nu dau mâna cu alţii etc.[170]. Ei au tulburări de somn: *coşmaruri, scrâşnesc din dinţi în timpul somnului, uneori şi ziua, în stare de veghe etc."*[171].

Paralizii ale nervilor cranieni

Teoria neurologică a autismului a reuşit în cele din urmă să explice principalul "simptom" al autismului: înstrăinarea copilului de lumea înconjurătoare. Cauza nu putea fi decât o afectare a nervilor cranieni, care reglează funcţiile auditive, vizuale, olfactive, gustative şi a celor care coordonează activitatea musculaturii feţei. Uneori este lezat şi organul de simţ (ochiul, urechea). Cel mai frecvent însă, sunt afectaţi nervii, de la leziuni uşoare până la paralizii. În acest ultim caz, organul de simţ este normal dezvoltat, dar nu poate transmite mai departe informaţia. Pentru ca să putem trăi şi să ne integrăm în lumea înconjurătoare, avem nevoie de informaţii din mediul înconjurător, pe care le culegem şi apoi le prelucrăm. Prin intermediul organelor de simţ, sunt preluate toate aceste informaţii şi trimise creierului, care le prelucrează. În felul acesta putem să trăim în mod normal şi armonios. Dacă însă nu putem asimila aceste informaţii, calitatea vieţii noastre este deja afectată[172].

La copiii autişti, lezarea unui nerv cranian duce la o varietate de aspecte clinice:

---

[168] L. Wolf and B. Goldberg, "Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study", *Canadian J. Psychiatry 31* (1986), 550-555.

[169] E. M. Ornitz and E. R. Ritvo, *"The Syndrome of Autism: A Critical Review"*, *A. J. Psychiatry* 133:6 (June 1976), 616.

[170] Mary S. Goodwin and T. Campbell, 1969, 559.

[171] Leo Kanner, 1942/1943, 237.

[172] H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 39.

- *Văzul* poate fi afectat în mai multe moduri: orbire, lipsa coordonarii mișcării globilor oculari, strabism, Keratokonus etc. [173]; uneori, ochii nu au niciun defect, dar sunt lezați nervii optici, când vorbim de "Dislexie"; o altă tulburare este "Hiperlexia", când copilul autist citeşte fluent, dar nu înțelege nimic[174].

- *Auzul* poate fi afectat în diverse grade, până la surditate. Autiştii suferă deseori de otite medii infecțioase, care pot fi şi ele cauze de surditate[175]. În unele cazuri, deşi urechea este sănătoasă, iar copilul "aude", conform testului audiometric, el totuşi nu reacționează deloc, ca şi cum nu ar înțelege nimic, fiindcă informațiile nu sunt prelucrate la nivelul creierului. În 1951, Isaak Karlin atrage atenția asupra unui fenomen pe care l-a denumit *"surditate verbală înnăscută"*: un copil autist, deşi avea o pierdere a auzului de 98%, putea diferenția anumite sunete muzicale, legate de jucăriile lui preferate, şi chiar învățase să articuleze câteva cuvinte şi să lege propozițiii. La un astfel de rezultat nu se aştepta nimeni[176]. Alți copii nu aud anumite tonuri, cum ar fi vocea mamei, sau zgomotul închiderii unei uşi etc., dar pot auzi alte zgomote, cum ar fi: desfacerea hârtiei de pe o bomboană sau melodia preferată a unei publicități TV. El poate auzi tonurile înalte, dar nu şi pe cele joase. Termenul de "surditate verbală înnăscută" mai poate fi înlocuit cu alte denumiri: "defect central de prelucrare a informațiilor", "defect periferic de prelucrare a informațiilor" etc.[177]. Uneori se observă la aceşti copii, un auz exagerat, numită *hiperacuzie*, când ei reacționează în mod exagerat, patologic la zgomote normale, pe care un om normal nici nu le bagă în seamă: zgomotul unui uscător de păr, închiderea unei uşi etc. *Motivul este că aceşti copii nu au posibilitatea de a face diferența dintre informatiile importante şi zgomotul de fond. Autiştii sunt întotdeauna fascinați de muzică, majoritatea fiind chiar talentați în acest domeniu*. Unii cunosc pe de rost anumite melodii sau chiar cântece auzite la TV, pe care le recită apoi, fără nicio greşeală. Alții au un auz muzical perfect, cântă arii întregi la pian[178].

- *Vorbirea* este afectată. Deşi copilul poate vorbi, el nu o face uneori, fiindcă nu vrea. Alteori vorbeşte doar în şoaptă. Sunt cazuri în care autiştii vorbesc neîntrerupt, dar fără niciun sens (hiperlalie), sau repetă cuvintele şi frazele pe care le aude, asemenea unui papagal, mimând şi tonalitatea (ecolalie). Ei mai pot repeta anumite versuri, numele unor persoane, în mod mecanic, când vor-

---

[173] *Ibidem*.

[174] D. Withehouse and J. C.Harris, "Hyperlexia in Infantile Autism", *J.Autism* 13:3 (1984), 281-289.

[175] Leo Kanner, 1942/1943, 237.

[176] Isaac Karlin, "Congenital Verbal-Auditory Agnosia", *Pediatrics* 7 (1951), 60-68.

[177] M. Rutter, *"Childhood Schizophrenia Reconsidered"*, *J. Autism* 2, 1972, 330.

[178] H. L. Coulter, *op. cit.,* 2004, 41.

bim de *stereotipii*[179]. În felul acesta, chiar dacă are voce şi poate vorbi, copilul autist nu îşi va folosi vocea pentru a învăța să vorbească, cu propriile cuvinte, ci doar pentru a repeta cuvintele altora. Alteori, vocea lor este foarte înaltă, ca şi un țiuit, fiindcă este lezat nervul cranian XII (hipoglos), care enervează limba[180]. Putem vorbi şi la autişti de cunoscutele afecțiuni, *"afazie"* sau *"disfazie*", despre care se ştie că sunt consecința unei leziuni a sistemului nervos din timpul copilăriei. Unii cercetători cred că cele două tulburări de vorbire nu sunt două afecțiuni distincte, ci sunt "continuarea" uneia singure. Or, aceste caracteristici sunt specifice autismului. *Dacă vom recunoaşte că "autismul" nu reprezintă altceva decât o "stare patologică" (cu o mare varietate de tablouri clinice), spre care a evoluat sindromul postencefalitic, atunci ceea ce trebuie studiat este chiar acest sindrom,* [181]spune Harris Coulter.

- Lezarea nervilor care coordonează musculatura feței va duce la un facies cu o expresie fixă, "înghețată", numit *"Sindromul Moebius".*

"Toate aceste defecte ale organelor de simț pot, până la un anumit grad, să fie compensate de către un simț tactil şi un miros foarte bine dezvoltat… Copiii autişti miros şi ling adeseori diferite obiecte pentru a putea înțelege măcar o fărâmă din ceea ce-i înconjoară… Ei pot fi foarte sensibili şi pot reacționa extrem de puternic la anumite mirosuri şi alimente[182,183,184].

- Afectarea nervului vag (sau pneumogastric) poate duce la variate tulburări de respirație, denumite "mecanisme respiratorii stereotipe": scurte perioade de apnee, hiperventilație, inspirații profunde urmate de expirații însoțite de un oftat, încercarea de a expira fără a inspira, provocând un leşin etc. Deoarece aceste tulburări de respirație însoțesc în mod frecvent o criză epileptică, ele pot fi chiar o componentă a epilepsiei[185].

---

[179] Leo Kanner and Leon Eisenberg, "*Early Infantile Autism: 1943-1955",* Psychiatric Research Reports 7, 1957, 56.

[180] George M Realmuto and Bart Main, "*Coincidence of Tourette's Disorder and Infantile Autism"*, J. Autism 12:4, 1982, 368; Jules R. Bemporad, *"Adult Recollections of a Formerly Autistic Child"*, *J. Autism 9:*2, 1979, 182.

[181] H. L. Coulter, *op. cit*., 43.

[182] Jules R. Bemporad, *op. cit*, 1979, 192.

[183] Junko Komoto and J. Hirata, *"Infantile Autism and Affective Disorder"*, *J. Autism* 14:1, 1984, 82.

[184] Mary Coleman, *"New Research Findings and Concepts in Autism"*, *Proceedings, 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children.* Washington D.C., 1980, 17.

[185] H. Gastaut, B. Zifkin and M. Rufo*, "Compulsive Respiratory Stereotypies in Children with Autistic Features: Polygraphic Recording and Treatment with fenfluramine"*, *J. Autism* 17:3 , 1987, 391-405.

Caz: Harvey a fost vaccinat cu DTP în 13 ianuarie 1972. După 2 zile, începând de dimineață, sugarul plânge foarte tare şi fără întrerupere, având probleme respiratorii, care o sperie pe mamă. De câte ori observă pauze respiratorii la copil, mama îl ține ridicat. Ea observă că îşi revine copilaşul şi începe să respire când îl pune peste umerii ei şi-l bate pe spate. Speriată, se prezintă cu copilul la medic, care recomandă internarea. A doua zi, copilul a început să se simtă mai bine şi este externat. Tatăl copilului este convins că tocmai a scăpat copilul lui de "Sindromul morții subite" (SIDS). Băiatul a crescut şi acum suferă de autism, formă medie. Concluzia este că *cele două afecțiuni – autismul şi "Sindromul morții subite la sugar (SIDS) – au o etiologie comună, cea de encefalită postvaccinală, în majoritatea cazurilor*[186]. Exemple de acest fel sunt nenumărate.

Tulburări digestive

O dată cu avansarea cercetărilor legate de autism, s-a constatat că şi alte simptome sunt direct legate de această afecțiune. Dacă la debut, simptomele erau puse pe seama unor cauze "emoționale", astăzi se ştie că ele sunt de origine neurologică.

"Autiştii în general nu au poftă de mâncare şi acuză dureri de burtă. De cele mai multe ori sunt etichetați ca fiind «problematici» la mâncare"[187]. La primele 6 din cele 11 cazuri ale lui Kanner, s-au observat mari probleme de alimentație. Din cazurile pe care le relatează Kanner, aceşti copii nu se hrănesc suficient şi refuză atât sânul, cât şi biberonul:*ei nu cresc în greutate decât foarte încet*; *unii stagnează în greutate şi la vârsta de un an refuză orice mâncar; alții, refuză mâncarea deja de la vârsta de 5 luni.*[188,189,190]. Diagnosticul este unul bine cunoscut în ziua de azi, fiind vorba de "anorexie nervoasă". Deseori, părinții se plâng şi de alte simptome la copiii lor autişti, cum ar fi vărsături incoercibile, diagnosticate apoi ca "vărsături psihosomatice". Se poate întâmpla şi invers, când copilul mănâncă excesiv şi când vorbim de "bulimie". În 1985, Christopher Gillberg, un crecetător din Suedia, a descoperit pentru prima dată că exis-

[186] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 44.

[187] Ruth Christ Sullivan, *"Hunches on Some Biological Factors in Autism", J. Autism 5:2 (1975), 177-186.*

[188] Philip I. Markowitz, *"Autism in a Child with Congenital Cytomegalovirus Infection"*, *J. Autism* 13:3, 1983, 250.

[189] Barbara J. Betz, *"A Study of Tactics for Resolving the Autistic Barrier in the Psychoterapy of the Schizophrenic Personality"*, *A. J. Psychiatry* 104, 1947, 269

[190] Leo Kanner, *op. cit*., 1942/1943, 237.

tă *o legătură între autism şi anorexia nervoasă*[191]. Autiştii au şi alte tulburări de alimentaţie, specific persoanelor cu retard psihic grav: reînghiţirea alimentelor vărsate, etc.[192]. Ei mănâncă "tot ce le iese în cale", nu doar alimente, ci şi din gunoi, sau chiar excremente de animale etc. Cercetători din Rusia au găsit la autişti, odată cu înaintarea în vârstă, o tendinţă spre obezitate, iar Gillberg constată acelaşi lucru la 1/3 dintre adulţii autişti[193,194]. Aşa cum anorexia este frecventă la autişti, tot aşa şi excesul de mâncare. Imediat după ce au mâncat, începi la autişti problemele de digestie, în special colici intestinale mari, care nu cedează. Este motivul pentru care sugarii autişti plâng şi ţipă mult timp după fiecare supt sau biberon. După ce sunt diagnosticaţi cu autism, medicul află că aceşti copii au suferit în primul an de viaţă de probleme de digestie, colici prelungite şi mai târziu de "sindroame dispeptice gastrice". *Diareea* (cu scaune apoase, foarte urât mirositoare) şi *constipaţia* sunt alte simptome frecvente ale sugarului autist. O mare parte dintre autişti suferă de *celiachie* (o boală autoimună, descrisă anterior)[195,196,197]. Afecţiuni precum *enuresis* (lipsa controlului micţiunii) şi *encompresis* (lipsa controlului defecaţiei) sunt, de asemenea, frecvente la autişti, atât ziua, cât şi noaptea.

Cefalee

Cefaleea sau *durerile de cap* reprezintă unul dintre simptomele autismului, care a fost analizat, de la caz la caz, dar niciodată într-un mod sistematic[198]. Neurologul Bernard Rimland a construit în San Diego un Institut pentru cercetarea comportamentului copilului *(Institute for Child Behavior Research*), în care se găsesc fişele medicale a peste 10.000 de copii autişti. El a constatat că *aceşti copii suferă mult mai des de cefalee decât alţi copii*[199].

---

[191] Christopher Gillberg, *"Are Autism and Anorexia Nervosa Related?"*, *B. J. Psychiatry 143* , April, 1983, 428 (a); C. Gillberg, *"Autism and Anorexia Nervosa: Related Conditions?"*, *Nord. Psychiatry Tidsskr*. 39, 1985, 307-312 (a).

[192] *Ibidem*.

[193] S. S. Mnukhin and D.N. Isaev, *"On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy"*, *J. Autism* 5, 1975, 106.

[194] Christopher Gillberg and S. Steffenburg, *"Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions:A Population–Based Study of 46 Cases Followed Through Puberty"*, *J. Autism* 17:2, 1987, 282.

[195] Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan, *"Malabsorption and Cerebral Dysfunction :A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children"*, *J. Autism* 1, 1971, 61.

[196] Mary Coleman (ed.), *The Autistic Syndromes*. Amsterdam. North Holland Publishing Company, 1976, 19, 221.

[197] Ruth Christ Sullivan, *op. cit*, 1975, 177, 180.

[198] *Ibidem*, 181.

[199] H. L. Coulter, *op. cit*. p. 51 (Personal communication from Bernard Rimland, Ph D.).

Exemple[200]: Harvey Jackson avea dureri de cap (cefalee frontală) atât de mari, încât i se făcea deseori rău. La fel şi Tony W., care se plângea de *"dureri mari, insuportabile, de cap"*. La un sugar, care nu ne poate comunica ce-l doare, cefaleea intensă va provoca manifestări care ne atrag atenția: *îşi mişcă capul dintr-o parte în alta, se loveşte cu capul de pătuț, de perete sau de podea. Se trage de păr sau de urechi, se ghemuieşte sau îşi întinde mereu gâtul (hiperextensie).Toate aceste simptome le găsim şi la autişti şi sunt manifestări tipice când au cefalee.* În 1982, Norman Geschwind şi Peter Behan şi-au editat lucrarea referitoare la *relația dintre autism şi boli precum celiachia, dislexia, bâlbâiala, migrenele etc., toate fiind simptome specifice sindromului postencefalitic.* Articolul lor i-a surprins pe toți cei din cercul lor ştiințific, fiindcă nimeni nu putea să-şi închipuie care era legătura dintre boli atât de diferite[201].

b) Criterii false de diagnostic pentru autism. Sindromul Rett şi Sindromul Asperger

În 1971, Kanner consultă încă o dată cei 11 copii cu autism din prima lui grupă. A observat existența unui spectru foarte larg de simptome, de la cele mai uşoare la cele mai grave. A concluzionat că orice boală, oricât de complexă ar fi, se poate manifesta în diferite grade, de la lipsa simptomelor (boală subclinică) până la cele mai grave şi complicate crize (nu era o noutate, fiind valabilă pentru toate bolile cunoscute). Acelaşi lucru, spune el, ar putea fi valabil şi în cazul autismului încă din prima lui fază, probabil subclinică. Or, acest aspect era o noutate în cazul autismului[202].

Zece ani mai târziu, Rimland demonstrează cât de complex este fenomenul autismului. El pune diagnosticul de autism la 445 de copii şi compară apoi rezultatele sale cu cele ale altor medici care au consultat aceiaşi copii. Rezultatul a fost că niciun copil nu fusese diagnosticat cu autism de către ceilalți medici[203]! Descoperirea făcută de Rimland s-a confirmat încă o dată. Nu este uşor să pui diagnosticul de autism, având în vedere că sunt multe

[200] *Ibidem.*

[201] Norman Geschwind and Peter Behan, "*Left-handedness:Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder". Proc. National Academy of Sciences USA 79*, August, 1982, 5097-5100; Gina Kolata, *"Math Genius May Have Hormonal Basis"*, *Science 222*, December 23, 1983, 1312.

[202] Leo Kanner, *"Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943"*, *J. Autism* 1, 1971, 144-145.

[203] Nikolaas Tinbergen, *"Ethology and Stress Diseases"*, *Science*, July 5, 1974, 20.

afecțiuni neurologice care se "suprapun" cu acesta (de fapt, îl însoțesc): retard psihic, epilepsie, paralizie crebrală[204].

În 1981, Hetzler şi Griffin scriau: "Tabloul clinic la autişti este extrem de heterogen. Asta arată existența unei varietăți mari de disfuncții ale sistemului nervos central, ceea ce duce implicit la o serie de simptome care se suprapun"[205]. În acelaşi an, Deborah Fejn constată că există păreri diferite în formularea criteriilor de stabilire a diagnosticului de autism şi nu se ştie cu siguranță până unde aceste simptome ale autismului se suprapun cu alte tulburări neurologice[206].

Lipsa unor criterii eficiente şi clare de stabilire a diagnosticului de autism a dus deseori la imposibilitatea recunoaşterii lui. De ce? Fiindcă *autismul este doar o parte a sindromului postencefalitic*. Este şi motivul pentru care exactitatea unui diagnostic este mereu ştearsă de prezența altor caracteristici ale sindromului postencefalitic. Ne întrebăm, atunci, de ce specialiştii în domeniu insistă asupra faptului că autismul este o boală de sine stătătoare şi nu are nicio legătură cu alte tulburări şi afecțiuni neurologice? Răspunsul l-a dat un specialist la Conferința Societății Naționale pentru copii autişti, în 1980: "Autismul nu este o boală specială! … Să nu cădem în capcană şi să credem că autismul este o boală care poate fi tratată cu un singur medicament… În realitate, vorbim de un întreg spectru!"[207]. *Unii psihologi, psihanalişti şi medici psihiatrii, continuă cu încăpățânare să atribuie autismului un status autonom, din motive de interes propriu, fiindcă profitul pe care-l scot în urma tratării bolnavilor de autism este unul substanțial*[208]. Din 1971, ei se bucură de "lista cu criteriile care definesc diagnosticul de autism", care cuprinde 14 puncte, cu recomandarea: "Este nevoie de minimum 7 criterii din cele 14, pentru a putea fi diagnosticat autismul". Chiar dacă a apărut o nouă clasificare a bolilor în 1987, criteriile de diagnostic pentru autism au rămas practic aceleaşi: "Pentru diagnosticul de autism este nevoie de minimum 8 din cele 16 puncte"[209]. Această clasificare este

---

[204] Eric Schopler and M. Rutter, *"Editorial :Change of Lournal Scope and Title"*, *J. Autism* 9:1, 1979, 4.

[205] Bruce Hetzler and Judith Griffin, *"Infantile Autism and the Temporal Lobe of the Brain"*, *J. Autism* 11:3, 1981, 317.

[206] Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, *"Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children"*, *J. Autism* 11:3, 1981, 312.

[207] Richard J. Reichler, *"Diagnosis and its Implications"*, *Proceedings. 1980 Annual Meeting and conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980, 95-96, 126.

[208] H. L. Coulter, *op. cit.,* 53.

[209] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition–Revised, Washington D.C., 1987, 38

expusă unei erori foarte mari, spune Harris Coulter. Fiecare simptom al autismului este indispensabil. Michael Rutter şi Eric Schopler scriau despre autism (1987), că "o identificare a cazurilor de autism pe baza unor astfel de criterii, ar fi posibilă doar dacă există nişte simptome patognomonice (specifice) pentru autism… Or, ele nu există…"[210]. Există în schimb copii perfect normali, dar care pot îndeplini unele dintre aceste criterii de diagnostic pentru autism, ceea ce poate duce la un diagnostic fals pozitiv. Un specialist remarcă următorul fapt: "Am consultat o serie de copii cu diferite probleme şi care aveau simptome comune cu copiii autişti. Dar aceştia nu pot fi sub nicio formă diagnosticați cu autism. Doi dintre copii, aveau o mare rigiditate în ceea ce priveşte menținerea la fel a lucrurilor, iar la schimbarea celui mai mic lucru, oricât de neînsemnat era, reacționau urât de tot. Ei erau însă foarte sociabili, aveau relații bune cu cei din jur, o inteligență normală şi nu erau autişti. Atunci, în ce categorie pot fi încadrați aceşti copii? Am cunoscut şi copii cu un comportament stereotipic. Ei nu sunt autistici, sunt copii inteligenți şi normal dezvoltați, dar prezintă o înclinație spre anumite sterotipii, cum ar fi «legănarea», «baterea din palme» etc. Sincer să fiu, nu ştiu unde să-i clasific, dar precis nu au autism"[211]. *Doar atunci când medicii vor fi pregătiți să recunoască faptul că autismul este o parte a sindromului postencefalitic – iar la sutele de simptome, există combinații nenumărate –, ei vor putea renunța la încercările lor imposibile de a diagnostica şi trata autismul după astfel de criterii false*[212], afirmă Coulter.

Sindromul Rett este *o formă severă de autism*, care a fost observată pentru prima dată în 1965 şi este "cu mare probabilitate, un alt aspect al sindromului postencefalitic, provocat de aceeaşi factori, respectiv, de vaccinurile din copilărie"[213].

Sindromul Asperger, descris în 1944, de psihiatrul vienez Asperger, este *o formă moderată de autism*, care a mai fost denumită "psihopatie autistă". Bolnavii cu acest sindrom, sunt oameni cu o inteligență peste medie. Simptomele au fost descrise pentru prima dată de Van Krevelen în 1971: "Personalitatea pacientului este anormală, determinată mai mult prin intermediul rațiunii decât al sentimentelor. El are doar o singură deschidere spre lume:

---

210 M. Rutter and Eric Schopler,.*"Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues"*, *J. Autism* 17:2, 1987, 172.

211 Richard J. Reichler, *"Diagnosis and its Implications"*, *Proceedings. 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980, 96.

212 H. L. Coulter, *op. cit*., 54.

213 M. Y. Segawa Nomura and M. Hasegawa, *"Rett Syndrome-Clinical Studies and Pathophysiological Consideration"*, *Brain and Development* 6:5,1984, 475-486.

cea a rațiunii. Lui îi lipseşte înțelegerea pentru sentimentele semenilor săi şi capacitatea de a se comporta corect față de ele. El este practic forțat să ia în considerare doar aspectul rațional al tuturor lucrurilor, pe care trebuie să le analizeze pe fiecare în parte, să studieze fiecare gest şi să caută un răspuns pentru fiecare mimică a fețelor celor din jur. El nu îşi dă seama când partenerul lui glumeşte sau vorbeşte serios, la fel cum nu-şi dă seama dacă cuvintele lui îi rănesc pe cei din jur sau nu. În acelaşi timp are un umor aparte, dacă putem vorbi de aşa ceva. El nu realizaeză când îi calcă pe nervi pe cei din jur… Psihopatia autistă devine evidentă în primii ani de şcoală, dar deseori deja din perioada de grădiniță, când părinții nu reuşesc să se adapteze la comportamentul copilului lor… Regulile stricte din şcoală descoperă rapid pe un elev care este «altfel»… Comportamentul unui autist este una total neobişnuită. El vorbeşte în fața colegilor săi ca şi în fața «unui Parlament», a unei adunări unde nu vorbeşte liber, ci le citeşte o prelegere… La el găsim trei probleme grave de adaptare. În primul rând, el nu este în stare să învețe ceva de la alții. Copilul urmează propriile sale metode iar pe cele ale învățătorului, le ignoră. Este motivul pentru care nu-i place şcoala, dar este destul de inteligent ca să găsească rezolvări originale în anumite situații. În al doilea rând, el nu posedă acea parte a intelectului care se cheamă «o minte omenească sănătoasă». În al treilea rând, copilul are tendința de a se ocupa de aspecte ale unor domenii ştiințifice, cum ar fi astronomia, studiul strămoşilor săi şi, în general, de ceea ce înseamnă «viață»”[214],[215,216].

Van Krevelen a denumit "incapacitatea" caracteristică celor cu Sindromul Asperger *"o lipsă a intuiției"*: "Copiii cu o formă uşoară de autism pot fi foarte enervanți pentru cei din jur. Aceştia vorbesc prea mult, mai ales când sunt interesați de un subiect. Ei nici nu observă când cei din jur nu sunt deloc interesați de ceea ce spune….Un astfel de monolog nu poate fi oprit atât de uşor, şi nici nu poate fi direcționat în altă parte… Alteori, în cel mai bun caz, stă şi ascultă puțin timp ceea ce spun alții. De obicei însă, autistul nici nu realizează când cineva vorbeşte cu el"[217]. Van Krevelen a diagnosticat la doi frați cele două forme de autism: autismul obişnuit şi Sindromul Asperger.

---

[214] D. A. Van Krevelen, *"Early Infantile Autism and Autistic Psychopathy"*, *J. Autism* 1, 1971, 83-84.

[215] Lorna Wing, *"Asperger's Syndrome: a Clinical Account"*, *Psychological Medicine* 11, 1981, 115-129.

[216] Lorna Wing, *"Clarfication on Asperger's Syndrome"*, *J. Autism* 16:4, 1986, 513-515.

[217] M. Dewey and M. Everard, *"The Near-Normal Autistic Adolescent"*, J. Autism 4, 1974, 348-349.

Toate cele trei forme de autism (autism obişnuit, sindromul Rett şi Sindromul Asperger) au în comun "înstrăinarea". Despre trei pacienți autişti diagnosticați de el, Van Krevelen spune: "Aceşti trei adulți autişti (deşi fiecare avea altă formă de autism) sufereau de o profundă şi întunecată singurătate, cu convingerea că nu sunt în stare de o relație care să-i mulțumească"[218]. În cazul lor, "emoționalul" este mai accentuat tocmai datorită inteligenței lor care-i ajută să recunoască situația. Ronald (autist) spunea: "Nu am avut niciodată un prieten. Nici nu ştiu ce ar trebui să fac cu el, chiar dacă aş avea unul"[219]. Totodată, autiştii sunt în stare şi de mult dispreț față de alții, cărora le întorc spatele. Jerry Goldsmith (autist) scria în testele sale psihologice doar "poveşti pline de agresiune față de tată şi despre numeroase decese ale altor persoane… Autistul cu un IQ mai mare dă dovadă de agresivitate verbală"[220].

Dacă autismul este cauza unui sindrom postvaccinal (şi asta dovedesc numeroasele studii), atunci consecințele sunt de-a dreptul şocante. Simptomele care apar cu o atât de mare intensitate la un număr restrâns de oameni ar trebui să existe într-o formă mai atenuată la un număr foarte mare de oameni. *"Ne întrebăm atunci în ce măsură contribuim la o «înstrăinare» tot mai mare a oamenilor care lucrează în birourile din actuala industrie modernă?"*[221].

Boli neurologice care însoțesc autismul

Se ştie că autismul este însoțit adeseori şi de alte tulburări neurologice: *retard mental, epilepsie, paralizie cerebrală* ş.a. Un procent de 20-30% dintre copiii cu autism suferă de convulsii, spasmul sugarului, epilepsie formă minoră (*petit mal*) sau majoră (*grand mal*), pierderi scurte ale cunoştinței etc.[222].

c) Sindromul MBD şi autismul.

Există cauze comune?

În paralel cu autismul, medicii se confruntă cu încă un sindrom (mai "benign" decât autismul), pe care nu ştiu exact unde să-l "situeze". Unii specialişti consideră că există o legătură între cele două afecțiuni, amândouă având la început o manifestare subclinică a creierului (care trece neobserva-

[218] Donald J. Cohen, *"The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome"*, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3, December, 1980, 389.

[219] *Ibi*dem, 388.

[220] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 57.

[221] *Ibidem*, 58.

[222] L. Wolf and B. Goldberg, *"Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty–Four Year Follow-up Study"*, *Canadian J. Psychiatry* 31, 1986, 550-555.

tă, neavând manifestări clinice), care apoi, în timp, dau naştere la simptome psihiatrice[223].

Alții se întreabă *"care ar putea fi cauzele care duc la asemenea tulburări neurologice masive?"*[224].

Inevitabil, se pune întrebarea: ar putea fi o encefalită postvaccinală, din copilărie, cauza sindromului MBD şi a autismului?

Răspunsul îl aflăm în cele descrise mai jos.

6.) Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD)

După ce au ajuns la concluzia că afecțiunea care arată o "leziune cerebrală minimă", nu este doar o tulburare simplă, ci este un sindrom, medicii specialişti psihiatri l-au denumit *MBD (Minimal Brain Damage) Syndrom*: "Sindromul cu leziuni cerebrale minime".

După un deceniu, acest sindrom a devenit o mare problemă în şcolile din America, dar mai ales pentru Psihiatria Infantilă. Paul Wender, o autoritate în acest domeniu, scria în 1971, că *"acest «sindrom» este în legătură cu absolut toate categoriile de «tulburări psihice» din perioada copilăriei, ba chiar poate să stea la baza acestora... ceea ce este grav, dar adevărat... Acest sindrom este, se pare, cel mai răspândit fenomen întâlnit în Clinicile de Psihiatrie"*[225,226]. Profesorii de Pediatrie de la Universitatea Yale au recunoscut şi ei (1984) că Sindromul cu leziuni cerebrale minime *"este cea mai răspândită problemă şi care consumă cel mai mult timp în practica unui medic pediatru"*[227]. La băieți sindromul este de 5-10 ori mai frecvent ca la fetițe. În trecut, era considerată o boală pur bărbătească. Motivul a fost găsit doar în ultimii ani: la băieți testosteronul – hormonul masculin – blochează eliminarea de metale grele (mercur), aflate în exces în organismul sugarilor vacinați şi datorită neurotoxicității lor, pot provoca encefalita postvaccinală, cauza autismului şi a sindromului MBD. *Incidența reală a sindromului*

[223] M. Rutter, *"Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood"*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982, 31.

[224] Frank A. Elliot, *"Historical Perspective on Neurobehavior"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986, 231.

[225] Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York, Wiley Interscience , 1971, 31.

[226] M. Rutter, *"Brain – Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings"*, *J. Child Psychol. Psychiatr*. 18, 1977, 1.

[227] Sally E. Shaywitz and A. Bennet, *"Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective"*, *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984, 42.

nu este cunoscută, deşi multe voci spun că se apropie de 15-20%. Kathleen Long şi David McQueen, care în 1984 au realizat o statistică în Maryland şi în Districtul Columbia, au observat că un procent de 13% dintre cei care suferă de Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD) nu este deloc cunoscut şi nici diagnosticat, fiind total ignorat de către sistemul şcolar[228]. *În România ne confruntăm cu aceeaşi situație.*

Ca şi la autism, când s-a încercat o definire a sindromului cu leziuni cerebrale minime, s-a observat că şi *acesta are multe simptome în comun cu alte tulburări neurologice,* cu care este de fapt în strânsă legătură. Chiar şi *hipoactivitatea* se află în acest grup de tulburări. Peste zi, copilul este letargic şi doarme foarte mult[229]. În general, la copiii cu sindromul MBD este foarte scăzută capacitatea de concentrare. Chiar şi cei cu un IQ normal sau peste media normală, au rezultate slabe la şcoală, fiindcă îşi pierd repede atenția şi nu reuşesc să îşi termine la timp tema sau lucrarea. Aceşti copii sunt deseori descrişi ca fiind "absenți", cu gândul în altă parte[230].

În căutarea cauzelor acestui sindrom, spre surprinderea psihologilor şi medicilor psihiatri, ei constată că *în sindromul MBD, la fel ca şi în autism, apar şi sechele neurologice*: convulsii, paralizii, retard psihic etc., care *nu pot fi încadrate în tulburări psihice minime, respectiv în "tulburări emoționale sau de comportament"*. Manualul de Diagnostic şi Statistică (*Diagnostical and Statistical Manual*) arată că, la un procent de 5% dintre copiii cu Sindrom MBD, sunt prezente şi simptome grave[231]. În realitate, cifra este una mult mai mare, spune Coulter, deoarece atunci când un copil se internează cu două afecțiuni, spre exemplu epilepsie şi sindrom MBD, el va fi tratat pentru boala mai gravă, respectiv epilepsie, iar afecțiunea uşoară va fi practic ştearsă din datele statistice[232]. *Există o legătură strânsă între sindromul MBD şi alte afecțiuni neurologice*. Spre exemplu *"la copii cu MBD, avem un procent mare de afecțiuni neurologice: epilepsie, ticuri nervoase, tremor, grimase,*

---

228 Kathleen A. Long and D. V. McQueen, *"Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives"*, *J. Clinical Psychology* 40:1, January, 1984, 378.

229 Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York,Wiley Interscience, 1971, 212; J. G. Millichap, *"The Hyperactive Child"*, *Practitioner* 217, 1976, 61.

230 S. D. Clements and J. E. Peters, *"Syndromes of Minimal Brain Dysfunction"*, în P. Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children: Etiology, Diagnosis and Management*, New York, Raven, 1981, 189.

231 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition , Washington D. C., 1980, 42.

232 M. Rutter, D. Shaffer, M. Sheppard, *A Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders*, Geneva:World Health Organization, 1975, 11.

spasmul sugarului etc., şi invers, la un copil cu epilepsie observăm deseori şi prezenţa sindromului MBD, cu tulburări de concentrare şi de învăţare"[233].

Deşi mulţi copii cu MBD nu suferă de epilepsie, totuşi *la jumătate dintre ei se observă tulburări neurologice "subclinice"*: o electroencefalogramă anormală (EEG) şi hiper- sau hipotonie musculară, sau mici deficite motorii: un scris foarte dificil şi neciteţ, tulburări de echilibru, un uşor strabism, mers greoi, imposibilitatea de a sări într-un picior şi tendinţa de a umbla pe vârfuri[234]. Tulburările de somn sunt o regulă la cei cu sindrom MBD[235]. Ei dorm foarte neliniştit, au coşmaruri, scrâşnesc din dinţi, transpiră abundent. De obicei dorm ziua, iar noaptea sunt hiperactivi. Chiar dacă adorm seara, se trezesc repede şi se joacă apoi în pat, cântă sau fug prin casă[236]. Enurezisul este des întâlnit la aceşti copii, care deseori nu se vindecă până la adolescenţă[237]. Se presupune că la ora actuală 11 milioane de americani, adulţi, au tulburări de micţiune, iar cauzele nu se cunosc[238]. Copiii cu MBD au probleme de alimentaţie. Sugarii nu au uneori reflexul suptului[239]. Alteori, suferă de anorexie nervoasă, când refuză laptele, în mod voit, deşi sunt flămânzi. De anorexie suferă şi aproximativ 1% dintre fetele adolescente, între 12 şi 18 ani. *"Mult mai frecvent, copiii cu MBD suferă de bulimie"*[240]. *"Pareze şi paralizii ale*

---

[233] Dorothy O. Lewis (ed.), *Vulnerabilities to Delinquency*. New York, SP Medical and Scientific Books, 1981, 45, 61; J. B. Green and R. A. Mercille, *"Psychiatric Complications of Epilepsy"*, *Neurologic Clinics* 2:1, February, 1984, 105; G. Stores, J. Hart and N. Piran, *"Inattentiveness in Schoolchildren with Epilepsy"*, *Epilepsia* 19, 1978, 169-175

[234] Frank A. Elliot, "*Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982, 682.

[235] M. W. Laufer and E. Denhoff, *"Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children"*, *J. Pediatrics* 50, 1957, 464.

[236] Bonnie J. Kaplan (Professor of Pediatrics University of Calgary, Calgary, Alberta) et al., *"Sleep Disturbance in Preschool-Aged Hyperactive and Nonhyperactive Children"*, *Pediatrics* 80:6; Dec. 1987, 839-844.

[237] Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York,Wiley Interscience , 1971, 204-205; F. A. Elliot, *"Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome"*, *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982, 684; G. K. Fritz and J. Armbrust, *"Enuresis and Encompresis"*, *Psychiatric Clinics of North America* 5:2, August 1982, 286.

[238] *The Washington Post,* September 2, 1987.

[239] S. W Freeman, *Does Your Child Have a Learning Disability?,* Springfield, Thomas, 1974,4-5; E. D. Witt et al., *"Learning Deficits in Adolescents with Anorexia Nervosa"*, *J. Nervous and Mental Disease* 173:3 (1985), 182-184.

[240] Kathrine A. Halmi, *"Pragmatic Information on the Eating Disorders"*, *Psychiatric Clinics of North America* 5:2 (August, 1982), 371-377

nervilor cranieni"[241] sunt frecvente la aceşti copii (tulburări de vedere, de auz, de vorbire etc.).

Sindromul MBD şi autismul

Faptul că există o strânsă legătură între autism şi sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD), că *ambele au la bază "leziuni cerebrale subclinice"*, care dau apoi naştere unor simptome psihice, este o realitate de care şi-au dat seama în ultimii ani şi specialiştii [242].

Rimland a atras atenția în 1964 asupra unei legături dintre autism şi *"posibile leziuni cerebrale"*, descrise de oamenii de ştiință încă din anii '30-'40.[243].

La sfârşitul anilor'70, s-au observat asemănări între autism şi hiperactivitate[244]. În 1981, Deborah Fejn constată la rându-i că o serie de simptome din autism apar şi în alte "tulburări grave de dezvoltare ale copilului"[245]. Un studiu din anul 1984 arată că, la copiii care suferă de autism, hiperactivitate şi alte tulburări de dezvoltare neuro-psihică, se observă încă un aspect comun, şi anume un dismorfism al feței: *cap mare, urechi neuniforme, spații mari interdentare etc.*[246]. În 1984, William şi Mariana DeMeyer, de la Universitatea Indiana, constată că *"autismul este o «continuare» a tulburărilor de dezvoltare neuro-psihică, diagnosticate şi tratate separat, ca «retard psihic», «paralizie cerebrală», «tulburări de învățare» [...], dar care au o etiologie comună"*[247].

Michael Rutter şi Eric Schopler, autorii unui articol din 1987 despre autism, arată legătura acestuia cu alte afecțiuni: retard psihic, schizofrenie, "psihoză degenerativă", "tulburări în dezvoltarea limbajului"[248].

---

[241] Sam D. Clements and John E. Peters, "Syndromes of Minimal Brain Dysfunction", în P Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children :Etiology, Diagnosis and Management*, New-York, Raven, 1981, 187

[242] M. Rutter, *"Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood"*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982, 31.

[243] Bernard Rimland,. *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York: Appleton Century Crofts, 1964, 60.

[244] M. Rutter, *op. cit*., 30.

[245] Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, *"Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children"*, *J. Autism* 11:3, 1981, 312.

[246] P. Firestone and S. Peters, *"Minor Physicol Anomalies and Behavior in Children: A Review"*, J. *Autism* 1983, 422

[247] W. and M. DeMeyer, "*Infantile Autism*", *Neurologic Clinics* 2:1, 1984, 139, 145.

[248] M. Rutter and E. Shopler, *"Autism and Pervasive Devolepmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues"*, *J. Autism* 17:2, 1987, 159-186.

În 1985, Victoria Shea şi Gary Mesibow, de la Universitatea North Carolina, atrag şi ei atenția asupra suprapunerii patologiei celor două stări patologice: autismul şi "tulburările de dezvoltare"[249].

Rămâne întrebarea: *"Care sunt motivele care duc la asemenea tulburări neurologice masive? Ce anume îi afectează în aşa măsură pe 10-15% dintre copiii americani (şi nu numai), încât să nu mai fie în stare să învețe să citească şi să scrie?"*[250].

7.) Encefalita postvaccinală

Răspunsul la întrebare este următorul: simptomele comune ale autismului şi ale sindromului MBD arată că au o cauză comună: encefalita postvaccinală, fie o formă clinic manifestă, fie o formă subclinică. Sechelele rămase definesc Sindromul postencefalitic[251].

A fost o neglijență a americanilor, să nu recunoască etiologia comună a celor două afecțiuni, timp de 20-30 de ani, deşi cunoşteau şi tratau de mult timp cazuri de encefalită. Inclusiv psihiatrul Leo Kanner a comis greşeala să spună despre autism că are simptome necunoscute până atunci, când de fapt nu a recunoscut simptomele neurologice care indicau existența în mod cert a unei encefalopatii. La el este acceptabil acest lucru, deoarece nu era neurolog. Dar când în anii '60 medicii psihiatri se confruntau deja cu simptome neurologice foarte evidente (retard psihic, paralizii, convulsii epileptice etc.) atât la autişti, cât şi la cei cu sindromul MBD, ei ar fi trebuit să recunoască legătura evidentă a acestor afecțiuni cu o encefalită, mai ales că erau cunoscute cazurile de encefalite postvaccinale. *"Dar tocmai aici găsim motivul pentru care medicii psihiatrii închideau ochii... Trebuia ascuns cu orice preț faptul că vaccinurile, care erau tot mai la modă, puteau duce la complicații precum encefalita!"*[252].

Indiferent de cauza encefalitei (infecțioasă, posttraumatică, postvaccinală), interesant este faptul că se manifestă cu o multitudine de simptome psihice, neurologice, mentale, emoționale, care vor forma *"sindroame clinice foarte variate de encefalită"*[253]. Acest lucru s-a observat mai ales la cazurile

[249] V. Shea and G. B. Mesibov, *"Brief Report:The Realtionship of Learning Disabilities and Higher-Lever Autism"*, *J. Autism* 15, 1985, 425, 427.

[250] Frank A. Elliot, *"Historical Autism Perspective on Neurobehavior"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986, 231

[251] H. L. Coulter, *op. cit.,* 2004, 111.

[252] *Ibidem*, 122.

[253] H. H. Merritt, *Textbook of Neurology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979, 104.

de tuse convulsivă (tuse măgărească) complicată cu encefalită. *"Dar şi după vaccinul împotriva tusei convulsive (Pertussis) apar encefalite cu aceleaşi manifestări, ceea ce dovedeşte că vaccinul le poate provoca… Dintre toate vaccinurile, cel mai periculos a fost considerat pe vremea aceea vaccinul împotriva tusei convulsive. Este vorba despre o bacterie «întreagă», ceea ce înseamnă că bacteria conținută în vaccin (Bordetella pertussis) este identică cu antigenul care provoacă boala"*[254]. Margaret Pittman, specialist renumit în boli infecțioase, scrie despre această bacterie că *"se deosebeşte de celelalte prin marea ei capacitate de a influența reacțiile biologice ale organismului"*[255]. Dacă bacteria poate provoca astfel de reacții polivalente în organism, cu certitudine o va face şi vaccinul care conține această bacterie[256]. Au urmat vaccinurile DTP, ROR şi altele, despre care, s-a dovedit că pot provoca şi ele encefalite postvaccinale. Spre exemplu, aceleaşi simptome, date de encefalitele infecțioase acute la sugari (din cadrul bolilor infecțioase, ale copilăriei), precum *"febră mare, somnolență extremă, otită, diaree, vărsături, tuse, țipăt, stări de leşin, convulsii, spasmul sugarului, tulburări de respirație, alergii, le observăm şi după vaccinul DTP, drept reacții adverse"*[257].

Encefalita postvaccinală este una dintre numeroasele complicații postvaccinale la sugari. Ea face parte din *categoria reacțiilor adverse postvaccinale neurologice, alături de Sindromul Guillain-Barre, scleroză multiplă, etc.*

Cauzele encefalitei postvaccinale[258]: este vorba de *o encefalită acută demielinizantă (ADEM)* caracterizată prin infecția sistemului nervos în perioada cuprinsă între 6 zile şi 2 luni după administrarea vaccinului (Murthy 2002). Encefalita apare mai frecvent după vaccinurile pertussis, hepatitic B şi rabic, dar poate poate fi provocată de orice vaccin. În sânge sunt detectați întotdeauna anticorpii antimielinici, ceea ce denotă o reacție autoimună (vezi pct. 10). În cazul autismului, autorii cred că este vorba de o encefalită cronică, provocată de substanțele toxice din vaccinuri: mercur, aluminiu ş.a. Aceste metale distrug mielina, având la bază o posibilă reacție autoimună. Ulterior s-a dovedit că autorii au avut dreptate.

Simptomele encefalitei postvaccinale la sugari (tablou clinic):

Din cursul german, *Beiträge zur pathologischen Anatomie,* Nr.119/59, aflăm că ***"Encefalopatia postvaccinală (spre deosebire de encefalita***

---

[254] H. L. Coulter, *op. cit*, 114.

[255] Margaret Pittman and C. B. Cox, *"Pertussis Vaccine Testing for Freedom-from-Toxicity"*, *Applied microbiology* 13:3; May 1965, 447.

[256] H. L. Coulter, *op. cit*, 2004, 114.

[257] *Ibidem,* 115.

[258] M. Hirte, *op. cit.*, 104.

infecțioasă) nu prezintă simptome tipice acestei boli, neputând fi recunoscută de către medicii pediatri sau medicii de familie”. Trei ani mai târziu, în revista medicală *Die Deutsche Medizinische Wochenscrift*, Nr 87/62, Herrlich arată că, în cazul unei encefalite postvaccinale, au loc modificări lente la nivelul sistemului nervos, cu o expresie clinică minimă sau chiar absentă. Cu alte cuvinte, de cele mai multe ori, *această encefalită nu poate fi detectată pe baza simptomelor clinice, care* ***sunt atipice****, greu de recunoscut, motiv pentru care sunt tratate greşit*[259],[260]*:*

- *Hiperpirexie: Febră 40,5-41 grade Celsius* (tratată cu antipiretice de medicul de familie, fără ca acesta să bănuiască ceva grav).

- *Somnolență accentuată, cu schimbarea ritmului de somn*. Ex.: *“Imediat după vaccin, părinții observă că sugarul doarme în orele când el era treaz şi îşi aştepta mâncarea. Deşi se hrăneşte când este trezit, adoarme imediat înapoi şi cade într-un somn profund. După câteva săptămâni, sugarul îşi schimbă ritmul somnului şi doarme ziua, în timp ce noaptea este treaz”*. La unii dintre copii, ritmul schimbat al somnului rămâne definitiv, *alături de hiperactivitate şi tulburări de concentrare.*

- *Plâns continuu, nemotivat.*

- *Strigăt sau “țipăt nemotivat”* (din cauza durerilor de cap şi a colicilor).

- *“Se lovesc cu capul de perete sau podea”* (dureri de cap).

- *Tuse* (tratată deseori greşit ca o infecție banală…).

- *Convulsii* (rezistente la tratament).

- *Alergii* (eczema atopice, alergii alimentare :lapte de vacă, gluten).

- *Tulburări respiratorii:* sunt atipice la sugar şi debutează cu *“o tuse spastică, respirație superficială, rapidă, apoi tot mai rară, lipsă de aer, fiind descrise ca* ***atacuri de apnee****, şi apoi ritmul devine din nou rapid... Aceste tulburări durează uneori ore”*[261]. Atacurile de apnee apar cel mai des *după vaccinul DTP* şi sunt cauza cunoscutului *“*Sindrom al morții subite la sugar” (SIDS). Acest sindrom face subiectul cărții scrise de H. L. Coulter şi B. Fisher (vezi cap. 4).

- *Otite* (îşi freacă urechile).

- *Diaree sau constipație, enuresis, balonare, vărsături* (tratate greşit de medic ca un “*sindrom dispeptic”*) sunt simptome specifice encefalitei acute

[259] G. Buchwald, *op. cit*., 213-214.

[260] H. L. Coulter, *op. cit,* 204, 115-120.

[261] Josephine B. Neal, *Encephalitis: a Clinical Study*, New York; Grune and Stratton, 1942, 347.

postvaccinale şi apar frecvent *după vaccinul DTP*[262,263] (ex: Gary reacționa cu diaree la fiecare vaccin, iar acum, la 6 ani, încă nu îşi poate controla, nici micțiunea, nici scaunul, adică suferă de enuresis şi encompresis) şi *după vaccinul ROR* (ex.: Alberto García, un copil sănătos de 15 luni, prezintă după vaccin, scaune diareice frecvente, verzui, urât mirositoare… După câteva luni, încetează să mai vorbească şi, în cele din urmă este diagnosticat cu autism)[264].

- *Poziția de "opistotonus*": este un spasm prelungit al muşchilor spatelui, ducând la poziția "de arc" a bolnavului care se află culcat pe spate, sprijinindu-se pe ceafă şi călcâi; poziția *este tipică pentru tetanos*[265],[266]; această modificare de atitudine (patologică, forțată) este deseori atribuită de către MF, în mod greşit, *durerilor de stomac*; poziția este frecvent observată *după vaccinul DTP* (diftero-tetano-pertussis).

Vaccinul DTP a fost folosit drept model pentru encefalita postvaccinală, dar toate celelalte vaccinuri pot provoca, la rândul lor, prin mecanismele deja descrise, o encefalită postvaccinală, vindecabilă sau nu (când vorbim de "sindromul postencefalitic").

Caz 1: Mama unei fetițe vaccinate la 2 luni povesteşte: "*După o oră de la vaccinul cu DTP*, fetița a adormit şi nu s-a trezit timp de 24 de ore. Pur şi simplu nu o puteam trezi… Tot ce îmi amintesc este că după ce s-a trezit se purta ciudat, altfel ca înainte, chiar şi plânsul era modificat. Apoi a adormit la loc. Aceste stări de somn apărute brusc au continuat mult timp… La vârsta de 4 luni a început să scoată brusc țipete puternice şi ciudate, încât ne-am speriat cu toții. Se purta de parcă cineva ar fi atacat-o. O strigam pe nume până s-a trezit, s-a învinețit la față, după care s-a albit. Ne-am gândit că va muri". Fetița, astăzi în vârstă de 16 ani, suferă de *hiperactivitate*, are mari tulburări de concentrare, stări de somnolență extremă (manifestarea principală a "Encefalitei letargice")[267]. Encefalita letargică este, de asemenea, o complicație postvaccinală.

Caz 2: Este cazul unui băiețel, care s-a îmbolnăvit *după al doilea vaccin cu DTP* (la 4 luni), despre care mama povesteşte: "Bebeluşul a devenit flasc,

---

262 Randolph K. Byers. and F. C. Moll, *"Encephalopathies Following Prophylactic Pertussis Vaccine"*, Pediatrics 1:4, 1948, 454.

263 Anna-Lisa Annell, *"Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children"*, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII,* Supp. 1, 1953, 20, 49.

264 L.H. Coulter, *op. cit*., 117.

265 H. D. Boloşiu, *Semiologie Medicală*, Medex, Cluj-Napoca, 1998, 41.

266 *Dicționarul explicativ al limbii române* (DEX), ed.a II-a, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1996, 722.

267 H. L. Coulter, *op. cit.,* 2004, 115.

pupilele i s-au mărit, nu mai putea să mănânce, nu mai reacționa. Am chemat un alt medic care ne-a spus că se extinde nevul pigmentar pe care îl are la cap şi l-a internat.… Mai târziu copilul se trântea deseori cu capul de perete sau chiar de podea. Alteori se lovea în cap cu picioarele. Dacă îl întrebam de ce face aşa ceva, îmi răspundea că îi face plăcere… Nici la vârsta de 4 ani, când se manifesta astfel, nu ştia să îmi explice de ce"[268].

Ştim că infecția creierului se însoțeşte de inflamația acestuia şi este imposibil să nu provoace dureri mari de cap, dar sugarii şi copiii mici nu au cum să-şi exprime durerea, decât prin aceste reacții ciudate. Alteori vedem că sugarii şi copiii mici se tot trag de ureche, reacție cauzată, de asemenea, de durerile de cap[269].

Caz 3: Despre un alt copil *vaccinat cu DTP*, mama lui ne povesteşte: "*Copilul avea vărsături şi scaune diareice*. Nu vărsase până atunci, decât foarte rar. După a 5-a injecție (vaccin) cu DTP, Garry nu mai putea să-şi controleze reflexul de a urina (enuresis) şi nici scaunul (encompresis). Se «scăpa» pe el şi era foarte supărat din acest motiv. Îmi spunea că pur şi simplu nu simțea nevoia să meargă la WC"[270]. *Simptomele digestive* sunt frecvente în encefalita postvaccinală.

Caz 4: Cazul unui copil *vaccinat cu ROR* (rujeolă-oreion-rubeolă): Alberto García a fost vaccinat la vârsta de 15 luni. Ziua următoare, febra a urcat la 40 grade Celsius şi de 17 ori pe zi avea un scaun diareic, galben-verzui, uleios, şi a fost diagnosticat drept "o infecție cu Salmonella". După o lună de zile nu mai vorbea, iar apoi au apărut *simptomele de autism*[271].

Caz 5: Vaccinul DTP, descris de Barbara Fisher şi Harris L. Coulter în 1985 ca fiind asemenea unui "glonte tras în întuneric", provoacă şi alte reacții grave precum *atacul de apnee* (oprirea respirației pentru un timp scurt). Cazul lui Harvey Jackson este relevant în acest sens, iar tatăl acestui copil relatează: *"În 13 ianuarie 1972 copilul meu a fost vaccinat cu DTP…În 15 ianuarie, copilul plânge neîncetat de dimineața, iar pe la orele 13-14 are mari dificultăți de respirație. De două ori i s-a oprit respirația pentru un timp scurt şi doar după ce l-am pus pe umerii mei şi l-am lovit pe spate a început iar să respire. Ne-am dus la medic şi l-a internat. Între timp şi-a revenit şi acum are 3 luni"*. Acest copil a "scăpat" în mod fericit de o moarte subită (SIDS)... După ce a mai crescut, au început simptomele unui *autism*

[268] *Ibidem*, 117.
[269] *Ibidem*, 60.
[270] *Ibdem,* 117.
[271] *Ibidem.*

de gravitate medie[272]. Aceasta demonstrează încă o dată că atât autismul, cât şi moartea subită a sugarului au o cauză comună: *encefalita postvaccinală*.

Concluzia la care au ajuns autorii, este următoarea: "Dacă copiii cu atacuri de apnee nu mor subit şi supraviețuiesc, ei vor putea dezvolta ulterior o formă de autism"[273].

Tabloul clinic al unui atac de apnee: de obicei, pacientul respiră tot mai frecvent şi mai adânc până la un moment dat, când i se opreşte respirația. Gura rămâne larg deschisă, muşchii feței sunt contractați. Atacul poate fi atât de grav încât copilul se poate cianoza sau să facă convulsii. Respirația se reia treptat, dar muşchii se relaxează doar după câteva minute, uneori ore[274]. Atacurile de apnee pot fi uneori fatale provocând complicația cea mai gravă a vaccinurilor: *moartea subită a sugarului* (SIDS). Literatura de specialitate descrie sindromul în multe tratate de medicină, cu specificarea că nu se cunoaşte cauza…

Caz, descris de un părinte: "În urmă cu opt săptămâni, seara, după ce i-am dat de mâncare bebeluşului nostru, l-am culcat. În dimineața următoare l-am găsit mort în pătuțul lui. Vă scriu aceste rânduri pentru a trage un semnal de alarmă legat de un sindrom care curmă viața a mii de bebeluşi în fiecare an: unul din 500 moare! După moartea copilaşului nostru, am obținut ajutor şi numeroase informații de la *Institutul SIDS.* În felul acesta, am aflat că moartea copilului nostru a fost provocată de «o boală specială care nu poate fi prevenită», deoarece nu are simptome premergătoare. Acest lucru ne-a uşurat un pic, deoarece ne reproşam mereu că ar fi fost o posibilă greşeală de-a noastră"[275]. Acest Institut este descris de părinți ca fiind o organizație de binefacere, pe care o laudă cu toții. Dar, dacă ar fi aşa, oare nu ar folosi această organizație toate mijloacele de care dispune pentru a afla care este cauza morții sugarului, pentru a o putea preveni? Dacă ar face legătura dintre atacurile de apnee şi vaccinuri (!), ar descoperi rapid că "SIDS nu este consecința unei boli speciale care nu poate fi prevenită". În schimb, ar găsi numeroase cazuri în care sugarii (precum cel al lui Harvey Jackson descris la pct. e), suferă de atacuri de apnee după vaccinarea cu DTP[276].

Fiindcă nu este recunoscută encefalita postvaccinală ca fiind o complicație a vaccinurilor, literatura de specialitate i-a dat o altă denumire: *"Demența infantilă"* sau *"Boala Heller"*.

---

[272] *Ibidem*, 44.
[273] *Ibidem.*
[274] *Ibidem,* 118.
[275] *Ibidem*, 119.
[276] *Ibidem.*

8.) Demența infantilă sau Boala Heller

“Demența infantilă” se aseamănă foarte mult cu autismul. Această boală a fost observată pentru prima dată de către Weygand, apoi de Zappert şi ulterior de Heller. “Este vorba de copii care se dezvoltă inițial perfect normal, nu au tulburări de vorbire, dar la care apare la un moment dat, destul de brusc (în decurs de câteva luni) şi fără o cauză cunoscută, un regres intelectual grav. În scurt timp, un copil vesel şi sănătos, devine un copil bolnav mintal, catalogat ca fiind idiot”. Austriacul Heller a numit boala “**Demență juvenilă/infantilă**” şi, pentru a recunoaşte meritele concetățeanului său, Zappert a denumit-o şi “**Boala Heller”**[277].

Tablou clinic:
- debut la 3-4 ani;
- apariția tulburărilor de vorbire, ca prim simptom;
- copilul este agitat;
- demența se instalează rapid, în decurs de câteva luni;
- expresia feței nu este a unui copil cu idioțenie, ci a unui copil normal, chiar inteligent;
- lipsesc simptomele de afectare nervoasă;
- sistemul motor funcționează normal[278].

Cauza bolii era necunoscută. Nu au fost găsite leziuni ale sistemului nervos. O legătură cu demența precoce este exclusă de la început de către prof. Julius Zappert din Viena. Deşi simptomele semănau foarte mult cu o “encefalită postvaccinală”, cei trei autori nu aveau cum să le recunoască fiindcă, la data respectivă, nici în Austria, nici în Germania, nu se vorbea încă despre complicațiile postvaccinale. *Doar în 1923 a fost introdus pentru prima dată termenul de* ***Encefalită postvaccinală*****,** de către profesorul Lucksch din Praga, pentru descrierea cazurilor de decese după vaccinul antivariolic. *Începând cu anul 1938, Zappert şi Kaiser, descriu pentru prima dată existența unor complicații postvaccinale.* În decurs de un an, ei au descris 240 de cazuri în Austria. *De-abia după terminarea războiului mondial a fost recunoscută pentru prima dată existența unor astfel de boli, apărute la copiii vaccinați, în primul şi al doilea an de viață.* Deşi în Austria vaccinarea copiilor era recomandată în al 3-lea şi al 4-lea an de viață, părinții au fost aceia care insistau ca să fie vaccinați mai repede, mai ales că în acea vreme, vaccinarea antivariolică era cunoscută drept un mare “succes medical”. Astfel de vaccinuri îşi puteau permite doar oamenii bogați, care îşi vaccinau copiii în al doilea an de

[277] Gerhard Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emuverlag, 2008, Germany, 240-241.

[278] *Ibidem*, 241-242.

viață. Heller descrie 6 cazuri, dintre care 3 sunt copii de medici. Se spunea atunci că vaccinarea este cel mai bine suportată de către copii, în anul doi de viață. Astăzi se ştie că nu este deloc adevărat[279]. *Între timp, medicii pediatrii (neurologi) au recunoscut faptul că simptomele unei encefalite nu pot fi recunoscute decât foarte greu sau deloc, la sugar şi copilul mic, astfel încât boala poate avansa în doar câteva luni la o formă gravă de encefalopatie.* Ei sunt acei copii care, deşi erau sănătoşi, după câteva luni sunt declarați cu idioțenie. Este vorba de aceeaşi afecțiune de care prof. Julius Zappert scria în 1922 în *Revista medicală de pediatrie* ca fiind *"Demența infantilă"*. Nu avea cum să ştie atunci că acei copii sufereau de *encefalită postvaccinală,* şi, cu toate că nu s-au mai făcut studii legate de acele cazuri, se presupune că acei copii au fost vaccinați înainte. Ulterior, această afecțiune a fost descrisă în 1959 de către medici patologi, iar în 1960 şi de către medici clinicieni, fiindcă au existat şi cazuri în care copiii au supraviețuit [280].

În concluzie, trebuie spus că *nu există boala Heller, de etiologie necunoscută. Există doar "Encefalita postvaccinală"* şi, cu siguranță, toți acei copii care au ajuns să fie internați şi tratați în Centre speciale au fost vaccinați înainte. Doar atunci s-ar putea vorbi de boala Heller, dacă s-ar putea demonstra faptul că şi copii nevaccinați suferă de această boală. Mai trebuie spus şi faptul că Heller nu era medic, ci psihopedagog care conducea un Centru pentru copii cu dizabilități în Austria[281].

9.) Sindromul postencefalitic (postvaccinal)

Encefalita postvaccinală a sugarului, simptomatică sau asimptomatică (cea mai frecventă), se poate vindeca sau poate rămâne cu sechele grave, neurologice. *O dată sechelele instalate, este tardiv pentru a mai pune un diagnostic retroactiv, etiologic, şi mai ales pentru un tratament eficient. Este motivul pentru care, simptomele atipice, dar frecvente, ale encefalitei postvaccinale la sugar, trebuie să fie cunoscute şi recunoscute din timp de către medicul de familie şi medicul pediatru, iar apoi, tratate corespunzător.*

Sindromul postencefalitic, cuprinde sechelele encefalitei postvaccinale. Vaccinul DTP, primul cu care fac "cunoştință" sugarii la vârsta de 3 luni în America (în România vaccinul DTP se administrează pentru prima dată la vârsta de 2 luni), a fost cel mai bine studiat de Coulter şi Fisher, care au scris renumita carte *DPT: A shot in the Dark* (trad.: *DTP: Un glonte tras în întuneric*). În cartea lor găsim descrise cu lux de amănunte toate sechelele encefalitei

[279] *Ibidem*, 243.
[280] *Ibidem,* 244.
[281] *Ibidem*, 245.

postvaccinale (sindromul postencefalitic) după vaccinul DTP. De aceea, am luat ca model pentru sindromul postencefalitic vaccinul DTP. Având în vedere că encefalita postvaccinală este dată şi de alte, vaccinuri, este evident că vom găsi aceleaşi sechele (sindrom postencefalitic) şi după alte vaccinuri: ROR etc.

a) *Paralizii nervoase*: vaccinul DTP poate provoca toate felurile de leziuni ale nervilor, cu consecințe mai mult sau mai puțin grave: *orbire, surditate, tulburări de vorbire, dislexie, bâlbâit* etc.[282]. Exemple: uneori, ei au o privire "fixă", nefiind în stare să îşi schimbe privirea;[283] alți medici pun diagnosticul de "pareză a nervului oculomotor" sau "ptoză palpebrală;"[284]un alt copil, descris de autor, după al doilea vaccin DTP, prezintă hiperpirexie (febră mare, 40 grade), țipă tare şi neîntrerupt. Mai târziu se constată că a orbit. Din nefericire, atunci când un copil este diagnosticat ca fiind "nevăzător", el este deja vaccinat cu DTP de 2-3 ori. Câți copii nevăzători sunt diagnosticați ca fiind "orbi din naştere", când de fapt cauzele îmbolnăvirii au fost vaccinurile din primele luni de viață? *Strabismul* este una din cele mai frecvente sechele ale encefalitei postvaccinale. La fel şi *nistagmusul*.

b) *Dislexia* apare mai frecvent după vaccinul antipertussis[285] (DTP);

c) *Lipsa vorbirii sau mutitatea* este o altă sechelă, observată mai ales după vaccinul DTP; ex.: *Paul Galloway a reacționat puternic la vaccinul DTP, iar la 18 luni, după cel de-al 4-lea vaccin, şi-a pierdut de tot vorbirea, ca apoi să fie diagnosticat cu autism. Acelaşi lucru s-a întâmplat şi cu alți copii care, deşi puteau să articuleze câteva cuvinte înainte de vaccin, şi-au pierdut apoi vocea*[286];

d) *Disfagie* (greutate la înghițire);

e) *Modificări ale gustului*;

f) *Pareze faciale*;

g) *Disfuncția centrelor de termoreglare*[287] (copiii manifestă extreme: fie devin prea sensibili, fie insensibili la variațiile de temperatură);

---

[282] H. L. Coulter, *op. cit*., 124.

[283] M. Kulenkampff, J. S. Schwartzman and J. Wilson, *"Neurological Complications of Pertussis Inoculation"*, *Arch. Disease in Childhood* 49:1, January 1974, 48.

[284] Robert C. Woody and M. E. Blaw, *"Ophtalmoplegic Migraine in Infancy"*, *Clinical Pediatrics* 25:2, February, 1986,82.

[285] Anna-Lisa Annell, *"Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children"*, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII,* Supp. 1, 1953, 67, 199.

[286] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 127.

[287] Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London, Oxford University Press, 1931, 123.

h) *Anorexi*a, care poate duce la caşexie şi în final la deces[288,289,290];

i) *Bulimia*, care duce la creştere în greutate, cu dezechilibre hormonale importante (hipofizare, hipotalamice), denumită *"obezitate postencefalitică"*[291];

j) *Dureri de cap, migrene*;

k) *Inversarea ritmului de somn*;

l) *Retard psihic*: este cu atât mai accentuat cu cât vârsta copilului este mai mică. Frank R. Ford, profesor de Neurologie la Institutul John-Hopkins, scria în 1937: *"La copii foarte mici, dezvoltarea mentală este blocată complet iar evoluția poate fi spre idioție sau debilitate mentală"*[292]; adolescenții şi adulții rămân normali sau cu un foarte mic deficit mental; encefalitele postvaccinale, după vaccinul antipertussis, erau atunci pe primul loc; encefalitele provocate de actualul vaccin DTP lasă şi ele astfel de sechele;

m) *Epilepsie*[293,294]: este una dintre cele mai frecvente sechele ale encefalitei postvaccinale (forma minoră sau majoră de boală);

Caz 1: După al doilea vaccin DTP, un sugar de 7 luni (Judy Glick) a făcut o criză de epilepsie, formă majoră (*Grand-mal*). Mai târziu, a mai avut două crize, iar acum este sub tratament antiepileptic. Majoritatea cazurilor de epilepsie nu sunt recunoscute ca fiind complicații postvaccinale din primele luni de viață.

Caz 2: După al doilea vaccin DTP, copilul Paul Hamill face febră uşoară, iar în a 6-a zi, în timpul mesei, face prima criză convulsivă, de aprox. 30 secunde. A doua zi crizele se repetă de 3-4 ori. A treia zi dimineața, începe să țipe dintr-o dată foarte tare, după care devine neliniştit, ca apoi să nu mai reacționeze deloc. Devenise "moale". Totul durează vreo 30 secunde, după care îşi revine. După o lună, medicul îi administrează şi a 3-a doză de vaccin, după care crizele devin mai frecvente, până la 100/zi, cu toate că era sub tratament antiepileptic (5 medicamente). La ora actuală, are un

---

288 Frank R. Ford, *Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence*. Springfield:C. C. Thomas, 1937, 356; *Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951, 110.

289 Christopher D Ward, *"Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2,1986, 219.

290 Frank R. Ford, *op. cit*, 355.

291 Walter R. Kirschbaum, *"Excessive Hunger as a Symptom of Cerebral Origin"*, *J. Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951, 110.

292 Frank R. Ford, *op. cit.*, 356.

293 H. L. Coulter and Barbara Fisher, *op. cit*, 1985, 69-84, 110-132

294 D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, *"Seizures Following Childhood Immunizations"*, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983, 14-18.

retard psihic, are manifestări de autism şi încă mai prezintă uneori crize epileptice[295].

În trecut, când creştea mult frecvența cazurilor de epilepsie, se punea "vina" pe encefalitele epidemice (infecțioase), iar Annell adaugă la un astfel de comentariu, un adevăr neluat în seamă: *"Medicii ar mai putea spune că epilepsiile sunt deseori şi urmarea vaccinurilor"*[296]. Majoritatea cazurilor de epilepsie nu sunt recunoscute ca fiind complicații postvaccinale din primele luni de viață. *Sindromul West sau spasmul infantil* este o formă "particulară" de epilepsie, fiind o sechelă a encefalitei postvaccinale. În 1964, Jeavons şi Bower, după consultarea a 112 de copii cu acest sindrom, au consatat că *"Sindromul spasmului infantil sau Sindromul West este provocat de o encefalită alergică postvaccinală, după DTP"*[297] (vezi cap. 4);

n) *Hipotonia membrelor*

Caz 1: După primul vaccin DTP, Alan Dombrowski reacționează puternic şi se îmbolnăveşte, fiind un caz tipic de hipotonie: "Când merge şi se împiedică, nu poate reacționa, nu îşi poate întinde mâinile ca să se prindă de ceva. El cade pur şi simplu pe față".

Caz 2: "Winford Mills, născut în 1982, se îmbolnăveşte după prima doză de vacin DTP, prezentând tulburări gastro-intestinale, otite şi infecții ale căilor respiratorii timp de 6 săptămâni. În tot acest timp se observă un regres psihic şi motor important, iar în ziua de azi are acelaşi IQ, al unui nou-născut, este mut şi hipoton, şi rămâne ca o păpuşă de stofă, oriunde-l pui, culcat sau în fotoliu"[298]. Există şi cazuri mai uşoare de hipotonie, când mamele observă după primul vaccin DTP modificări ale tonusului muscular, spre exemplu o accentuare a reflexului Morro, urmat la o lună de apariția "spasmelor sugarului", etc.[299];

o) *Boala Parkinson*: este o sechelă binecunoscută, încă din trecut, când s-a observat că ea survine la 1/3 dintre bolnavii encefalitici, mai ales după epidemia de gripă (porcină) din 1918[300]; Von Economo îl descria astfel: "Pacientul cu Parkinson, cu gura întredeschisă… era o apariție tipică, binecunoscută, a unei encefalite cronice"[301]; acelaşi lucru îl observăm şi după encefalita postvaccinală;

[295] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 130.

[296] Anna-Lisa Annell, *"Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children"*, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII,* Supp. 1, 1953, 69.

[297] H. L..Coulter und Barbara Fisher, *op. cit*., 1996, 132-136.

[298] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 131.

[299] *Ibidem.*

[300] C. D Ward, *"Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, 1986, 216.

[301] Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London: Oxford University Press, 1931, 123.

p) *Spasticitatea*, *Hemiplegie, Hemipareză, Paraplegie, Tetraplegie* sau *Tetrapareză* se numără între sechelele encefalitei postvaccinale[302,303].

La majoritatea cazurilor găsim o combinație a cel puțin două afecțiuni: hipotonie şi retard psihic, epilepsie cu retard psihic etc.

Evoluția encefalitei postvaccinale poate fi spre vindecare, fără sau cu sechele (cele enumerate mai sus), dar *de cele mai multe ori este spre o boală autoimună, neurologică*: autism, Sindrom MBD, scleroză multiplă, Sindrom Guillain-Barre etc.

10.) Legătura dintre stările alergice, encefalita postvaccinală şi sindromul MBD

Pentru mulți medicinişti, nu era o noutate ceea ce afirma Harris Coulter, şi anume că *"**o encefalită postvaccinală** poate provoca boli alergice, aşa cum şi o predsipoziție pentru boli alergice poate provoca, la un copil vaccinat, o encefalită"*. Doar că acum fenomenul devine cunoscut în mod oficial. Legătura care există între alergie, vaccinuri şi encefalite a fost studiată încă din anii'30[304,305,306,307,308]. *S-a observat că, din nefericire, nu era luată în calcul existența unei "hipersensibilități anafilactice" la cei care fac encefalite postvaccinale*[309]. La Universitatea de Medicină din Stanford, un studiu făcut în 1983 arată că *la copiii alergici, există o reacție de hipersensibilitate la vaccinul antipertussis*[310,311]. Un specialist în Imunologie Pediatrică, din San Francisco, şi un critic al vaccinului DTP, a făcut un experiment, arătând că şi la animale există o reacție diferită la vaccinul DTP: unii reacționează într-un mod exagerat, alții nu reacționează deloc. Dacă

302 H. L.. Coulter and Barbara Fisher, *op.cit*., 1985, 69-84, 110-132.

303 D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, *"Seizures Following Childhood Immunizations"*, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983, 14-18.

304 K. H. Finley, *"Pathogenesis of Encephalitis Ocurring with Vaccination, Variola, and Measles", AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 39, 1938, 1047-1054.

305 H. G. Miller and J. B. Stanton, *"Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation"*, *Q. J. Medicine* 24: 89, 1954, 1-27.

306 W. R. Warren, *"Encephalopathy Due to Influenza Vaccine"*, *AMA Archives Int. Med.* 97, 1956, 803-805.

307 Josephine B. Neal, *Encephalitis :a Clinical Study*, New York:Grune and Stratton, 1942, 77.

308 H. Bakwin, *"Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children"*, *J. Pediatrics* 34, 1949, 376

309 H. G. Miller and J. B. Stanton, *loc. cit.*

310 H. L.. Coulter and Barbara Fisher, *op. cit.,* 1985, 132.

311 L. Steinman, Siram N. E. Adelman, S. Zamvil, H. O. McDevitt and H. Urich, *"Murine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2"*, *Nature 299*, October 21, 1982, 738-740.

însă, înainte de a fi vaccinați, se injectează la şoarecii care nu reacționeau o doză de histamină (care alergizează), ei reacționau apoi puternic la vaccin şi mureau în urma unor convulsii epileptice, datorate encefalitei postvaccinale[312].

Autismul este strâns legat de bolile alergice şi alte anormalități ale sistemului imun. 4/5 dintre copiii şi adulții cu autism, au boli alergice grave[313,314,315,316]. *"Concentrația mare de serotonină (substanță ce provoacă stări alergice şi anafilactice) la bolnavii cu autism, este dovada unei alergii cronice"*[317]. Durerile abdominale, diareea sau constipația cronică pe care le observăm la autişti, sunt provocate în mod sigur de alergii alimentare. *Aceşti copii prezintă deja din primele zile de după naştere, colici accentuate, hipocalcemie şi intoleranță la lapte*[318,319,320]. Alte manifestări sunt: *gastroenterite, balonări, diaree alternând cu constipație etc.*[321,322,323,324]. Cea mai gravă formă a unei astfel de alergii alimentare este *celiachia*. În anul 1953, când autismul încă nu era definit şi se confunda cu schizofrenia, Lauretta Bender observase o creştere spectaculoasă a cazurilor de celiachie la aşa zişii copii "schizofrenici". *Rimland a fost primul care a făcut legătura dintre autism şi celiachie.* El a sesizat încă din anul 1967 faptul că *"autiştii au frecvent tul-*

312 H. L. Coulter and B. Fisher, *op. cit*., 1985, 208.

313 B. J. Freeman and E. R. Ritvo, *"The Syndrome of Autism :Establishing the Diagnosis and Principles of Management"*, *Pediatric Annals* 13:4, April 1984, 286.

314 S. M.Baker,. "Diagnostic and Therapeutic Strategies in an Autistic Child with a Positive Response to Taurine", in *Proceedings*, Annual Conference of the National Society for Children and Adults with Autism, Washington D.C., 1984, 14.

315 E. G. Stubbs, M. L. Crawford, D. R. Burger and A. A. Vandenbark, *"Depressed Lymphocite Responsiveness in Autistic children"*, *J. Autism* 7, 1977, 50.

316 M..and W. Goodwin, *"In a Dark Mirror"*, *Mental Hygiene* 53:4, October 1969, 559, 563.

317 Mary Coleman, *op. cit,* 1980, 11.

318 Mary Coleman, *op. cit*., 1976, 202-204, 214, 222.

319 P. Bergman and S. R. Escalona, *"Unusual Sensitivies in Very Young Children"*, *Psychoanalitic Study of the Child* 3-4, 1949, 337.

320 S. R. Lewis and S. van Ferney, *"Early Recognition of Infantile Autism"*, *J. Pediatrics* 56:4, April 1960, 510.

321 Christopher Gillberg et al., *"The Sex Chromosomes-One Key to Autism?An XYY Case of Infantile Autism."*, *Applied Research in Mental Retardation* 5,1984, 355.

322 E. G.Stubbs, E. Ash and C. P. S. Williams, *"Autism and Congenital Cytomegalovirus"*, *J. Autism* 14:2,1984, 186.

323 S. S. Mnukhin, and D. N.Isaev, *"On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy"*, *J. Autism* 5, 1975, 106.

324 Mary Stewart Goodwin. and M. A. Cowan. "*Malabsorption and cerebral Dysfunction:A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children"*, *J. Autism* 1, 1971, 48-62.

burări gastrointestinale"[325]. Un alt medic care a publicat studiile sale despre legătura dintre autism şi celiachie este Mary Coleman, medic în Washington D.C.: *"Din 78 de autişti, 8 aveau celiachie, deci cu puțin peste 10%. Alți 7 pacienți aveau simptome asemănătoare celor din celiachie"*[326,327].

Hiperactivitatea şi Sindromul MBD sunt însoțite frecvent de manifestări şi boli alergice grave[328,329,330]. Doris Rapp, medic specialist pediatru şi alergolog din Buffalo, în urma unui interviu luat de Harris Coulter, relatează că "*2/3 dintre copiii hiperactivi sau cu Sindromul MBD, suferă de alergii grave"*. Dr Rapp mai adaugă: *"În repetate rânduri am observat un regres după vaccinul DTP la copiii mici pe care i-am tratat pentru alergii. Înainte de vaccin, evoluția alergiilor fusese favorabilă, iar copiii învățau să vorbească şi să umble. După vaccin, s-au agravat din nou alergiile, iar copiii nu au mai vorbit şi nu au mai umblat de atunci*"[331]. Găsim aceste relatări descrise şi în cele două cărți ale autoarei: *Copilul imposibil* şi *Copilul hiperactiv şi alergiile*[332,333,334].

Bolile autoimune precum bolile cronice reumatice, rinita alergică, celiachia, anemia pernicioasă Biermer ş.a., au ajuns la un loc de frunte în anii'50. *Norman Geschwind este cel care găseşte într-un timp relativ scurt, o legătură strânsă între autism, bolile autoimune şi dislexie.*[335,336,337,338]. Alți autori

[325] Ruth Christ Sullivan, *"Hunches on Some Biological Factors in Autism"*, *J. Autism* 5:2, 1975, 180.

[326] Mary Coleman, *op. cit*, 1976, 197-205, 214-215.

[327] D. O'Banion, B. Armstrong, R. A. Cummings and J. Stange, *"Disruptive Behavior: A Dietary Approach"*, *J. Autism* 8, 1978, 327.

[328] Norman. Geschwind, *"Why Orton Was Right", Annals of Dyslexia* 32, 1982, 19.

[329] D. K. Routh, Book Reviews in *J. Autism* 7, 1977, 417-421; B. J. Kaplan et al., *"Physical Signs and Symptoms in Preschool-Age Hyperactive and Normal Children"*, *Journal Devolepmental and Behavioral Pediatrics 8:6,* December 1987, 305-310.

[330] Z. M. Backman, *"The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestationwith Toxicity and Cerebral Allergy"*, *The Digest of Chiropractic Economics*, May/June, 1985, 18-19

[331] H. L. Coulter, *op. cit*., 2004, 162 (Interview with Doris J. Rapp, M.D., October, 1989).

[332] Doris J. Rapp, *Allergies and the hyperactive Child,* New York : Sovereign Books, 1979.

[333] Doris J. Rapp, D. L. Bamberg, *The Impossible Child: in School, at Home*, Buffalo:Practical Allergy Research Foundation, 1986.

[334] T. J. Randolph and Ralph W. Moss, *Allergies: Your Hidden Enemy*, Wellingborough, Northamptonshire:*Turnstone Press* , 1981.

[335] Geschwind, Norman et al. "Why Orton Was Right?" Annals od Dyslexia XXXII, 1982. 19.

[336] D. K. Routh, Book Review in *J.Autism* 7, 1977, 421.

[337] B. J. Kaplan et al., *op. cit*,1987, 309.

[338] Z.M. Backman, *"The Relationship Between Learning Disabilites and Behavioral Manifestations with Toxicity and Cerebral Allergy"*, *The Digest of Chiropractic Economics*, mai/june, 1985, 18-19.

au mers până acolo încât au considerat autismul ca fiind o boală autoimună. Oameni de ştiinţă din Israel, au constatat că *“la copiii autişti se dezvoltă o reacţie imună, celulară, împotriva ţesutului nervos. Acest lucru* ***arată existenţa unui posibil mecanism patogenic autoimun în autism****”*[339,340,341].

Demielinizarea şi/sau mielinizarea insuficientă a nervilor are loc în urma unei agresiuni neurologice datorate vaccinurilor. Mielina este învelişul alb, lipidic, care înveleşte nervii, izolându-le şi având o funcţie asemănătoare cu cea a unui gard electric. Dezvoltarea sistemului nervos a fătului (intrauterin), iar apoi a sugarului după naştere, are loc în două faze: la început apari fibrele nervoase, iar apoi începe procesul de mielinizare, de învelire a lor. *“Înainte de mielinizare, fibrele nervoase sunt expuse şi foarte uşor lezabile, putând exista chiar şi scurtcircuite între ele”*[342]. *“Mielinizarea începe la naştere. La unii dintre nervi, începe doar din luna a 8-a, la alţii mai târziu”*[343,344]. *“În funcţie de fiecare sector neurologic, mielinizarea continuă încă timp de 15 ani, iar la unii dintre nervi, se dezvoltă până la 45 de ani.”*[345]. Tot ceea ce perturbă procesul de mielinizare, va influenţa negativ dezvoltarea neurologică şi psihică a copilului**.** Dacă mielina nu se formează la nivelul fibrelor nervoase sau dacă va fi distrusă de pe suprafaţa lor, după ce se formase deja (proces numit demielinizare), sistemul nervos al copilului va rămâne nedezvoltat şi imatur. Un nou-născut, şi mai ales un prematur, este foarte expus unui astfel de pericol[346,347]. *Cu alte cuvinte, o encefalită postvaccinală la sugar, provocată de vaccin, poate duce la demielinizarea nervilor şi ca urmare, la leziuni neurologice.* Charles M. Poser

---

339 Ruth Christ Sullivan, *op. cit*., 1975, 178.

340 Mary Coleman , *op. cit*, 1976, 4.

341 A. Weizman et al., *“Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism”* , *A. J. Psychiatry* 139:11, 1982, 1462-1465.

342 R. D. Ciaranello et al.,*“Intrinsic and extrinsic Determinants of Neuronal Development:Relation to Infantile Autism”*, *J. Autism* 12:2, 1982, 136.

343 *Ibidem*, 137; John. Dobbing, *“Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System”*, în N. S. Scrimshaw and J. E.Gordon (eds), *Malnutrition, Learning and Behavior*, Cambridge:MIT Press, 1968, 184.

344 R. B. Dietrich et al., *“MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants”*, *Am J. Roentgenol*. 1988 Apr. 150 (4): 889-896.

345 John. Dobbing, “Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System”, în N. S. Scrimshaw and J. E. Gordon (eds), *Malnutrition, Learning , and Behavior*, Cambridge: MIT Press, 1968, 184, 196; R B. Dietrich, *op. cit.,* 1988, 893.

346 C. Amiel-Tison, *“Neurologic Disorder in Neonates Associated with Abnormalities of Pregnancy and Birth”*, *Current Problems of Pediatrics III*:3, January, 1973,6; John Dobbing,. *op. cit*., 1968, 196.

347 F. J. Menolascino and M. L. Egger, *Medical Dimensions of Mental Retardation*, Lincoln:University of Nebraska Press, 1978, 247.

de la secția de Neurologie a Facultății de Medicină Harvard, scrie: *"Aproape fiecare vaccin poate provoca o reacție inflamatorie, neinfecțioasă, la nivelul sistemului nervos... Are loc în final o lezare a vaselor....ce precede o demielinizare a nervilor"*[348]. Nu puțini autori (Isaac Karlin, Roland Ciaranello, Rosalind B. Dietrich etc.) au pus tulburarea de vorbire la copii pe seama unei încetiniri a mielinizării centrilor nervoşi din scoarța cerebrală[349,350,351,352,353,354].

Encefalomielia alergică experimentală (EAE)[355]

Legătura dintre sindromul postencefalitic şi demielinizarea sau mielinizarea insuficientă a sistemului nervos, este un adevăr de necontestat iar faptul că orice encefalită, indiferent de etiologie (postvaccinală, infecțioasă), poate duce la demielinizare, a fost demonstrat încă din anii'20[356].

Mecanismele care stau la baza acestui proces şi ce rol joacă reacția alergică în producerea encefalitei au putut fi demonstrate abia în 1935, în urma unui experiment realizat de renumitul om de şiință american *Thomas Rivers.* Până atunci, medicii au presupus că encefalita este provocată de o infecție virală sau bacteriană a sistemul nervos, cu intervenția directă a microbului asupra țesutului nervos. Când, în anii'20, s-au căutat aceşti presupuşi agenți patogeni, ei nu au fost găsiți. *"Abia când Thomas Rivers a indus o encefalită la maimuțe prin injectarea acestora, de extracte sterile de substanță nervoasă de la iepure, a fost dezlegat acest mister"*[357]. Este vorba de *"encefalomielita alergică experimentală".* Chiar şi în ziua de azi, acest experiment a rămas ca model, folosit pentru cercetarea bolilor autoimune, a evoluției acestora şi a consecințelor asupra sistemului nervos[358].

---

348 C. H. Poser, *"Neurologic Syndromes That Arise Unpredictably"*, *Consultant* , January, 1987, 45-46.

349 Isaac Karlin, *"A Psychosomatic Theory of Stuttering"*, *J. Speech Disorders* 12, 1947, 319-322.

350 Isaac Karlin, *"Congenital Verbal –Auditory Agnosia"*, *Pediatrics 7*, 1951, 66.

351 R. D. Ciaranello, *"Neurochemical Models of Infantile Autism"*, *Proceedings*, 1981 International Coference of the National Society for Children and Adults with Autism . Washington D.C., 1981, 187.

352 R. D. Dietrich et al., *op. cit*, 1988, 889-896.

353 R. D. Ciaranello, et al, *loc. cit.*

354 *Ibidem*, 137.

355 H. L. Coulter, *op. cit.,* 164-167.

356 R.D. Adams and M. Victor, *Principles of Neurology*, Second Edition. New York :McGraw-Hill, 1981, 658; Lauretta Bender, *"Burn Encephalopathies in Children", Arch . Pediatrics* 60, 1943, 75.

357 Thomas M. Rivers and F. F. Schwentker, *"Encephalomyelitis Accompanied by Myelin Destruction Experimentally Produced in Monkyes"*, *J. Exp. Med*. 61, 1935, 689-702.

358 B. Arnason, *"Neuroimmunology", New England J. Med.* 316:7, 1987, 406; John H. Menkes, *Textbook of Child Neurology*, Philadelphia Lea and Febiger, 1980, 375.

Deseori, encefalita este precedată de o erupție alergică din cadrul bolilor infecțioase sau de administrarea unui vaccin[359,360]. În felul acesta, experimentul lui Rivers a putut explica şi aceste fenomene. *De atunci, encefalita nu a mai fost considerată ca fiind cauzată de o infecție virală sau bacteriană a sistemului nervos. În felul acesta, a fost explicat şi sindromul postencefalitic*[361].

Encefalita alergică experimentală este identică, ca mecanism de producere, cu encefalita care apare după rujeolă (cazuri rare) sau tusea convulsivă, sau după vaccinuri (foarte frecvent), când mielina joacă rolul "antigenului"[362,363].

În mod normal, în cazul encefalitei, este afectată o parte a sistemului nervos: meningele/encefalul/ trunchiul cerebral/ măduva spinării/ nervii sau o combinație a lor (ex.: meningoenceflita).[364]. În cazul encefalitei postvaccinale, la autopsie, se găsesc multiple leziuni mici, de culoare galben-roşietice în substanța albă din creierul mare, cerebel, trunchi cerebral şi măduva spinării. *Leziunea caracterisitică este lipsa mielinei.* Probele colorate arată o distrugere parțială sau totală a mielinei. Nervii (structura internă) sunt mult mai puțin afectați decât tecile de mielină care le învelesc[365].

Dacă înainte de primul război mondial, existau cazuri foarte puține de encefalite postinfecțioase (după rujeolă, tuse convulsivă etc.), după anul 1920 medicii constată o creştere accentuată a acestora". *Se ştia că **vaccinul antipertussis** poate provoca deseori asemenea encefalite: un caz la 750 de copii vaccinați, cu o mortalitate de 20%"*[366]. În 1959 s-a descoperit că acest vaccin provoacă alergii grave la toate tipurile de animale experimentale, motiv pentru care a fost folosit pe post de "adjuvant" în provocarea unei encefalite alergice experimentale[367].

Encefalite postvaccinale au fost observate şi după alte vaccinuri, mai ales *după vaccinul antirujeolic.*

---

[359] Josephine B. Neal, *Encephalitis: a Clinical Study*, New York:Grune and Stratton, 1942, 461-462, 477.

[360] Anna-Lisa Annell, *op. cit,* 1953, 131.

[361] *Ibidem*, 77; Harry Bakwin, *"Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children"*, *J. Pediatrics* 34, 1949, 376.

[362] B. Arnason, *"Neuroimmunology"*, *New England J.Med.*316:7, 1987, 406.

[363] T. Hemachudha et al., *"Myelin Basic Protein as an Encephalitogen in Encephalomyelitis and Polyneuritis Following Rabies Vaccination"*, *New England J. Med.* 316:7, 1987, 369-374.

[364] R. D. Adams and M.Victor, *op. cit*., 1981, 659.

[365] H. H. Merritt, *Textbook of Neurology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979, 102-103

[366] R. Bannister, *Brain's Clinical Neurology*, Fifth Edition. Oxford:University Press, 1978, 408; R. D. Adams and M, Victor, *op. cit*., 1981, 658.

[367] J. Cherry et al., *"Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization"*, *Pediatrics* 81:6 Part II, June, 1988, 943

La întrebarea, pusă tot mai des de părinți, *"de ce copiii din ziua de azi sunt mult mai alergici decât erau copiii în trecut?",* putem răspunde că *"motivul este o intensificare a vaccinărilor efectuate în copilărie, mai ales în primul lor an de viață".* Cu toate că nu infecțiile provoacă encefalitele (decât foarte rar), ci vaccinurile (DTP, ROR), Medicina foloseşte în ziua de azi, mai mult ca oricând, un argument fals pentru promovarea vaccinurilor şi exploatează la maximum teama părinților față de nişte boli infecțioase uşoare şi banale, cum sunt "bolile copilăriei", afirmând că ele sunt boli grave şi periculoase.

Predispoziție genetică?

Numeroşi cercetători au observat că, în aceeaşi familie apar deseori cele două forme de boli neurologice: autismul şi sindromul MBD. Ei au luat în studiu 23 de familii. În 8 familii s-au găsit câte doi copii cu retard psihic (16 copii), dintre care 12 copii (6 perechi) aveau autism. Dintre cei 12 copii autişti, şapte sufereau de tulburări gastro-intestinale. Din 4 familii, 5 copii au fost diagnosticați cu autism, schizofrenie sau celiachie[368,369,370,371]. Autorii constată că, într-o singură familie există o patologie variată de boli autoimune: autism, schizofrenie, celiachie, eczeme cronice, tulburări de atenție şi învățare.

Numeroase alte studii dovedesc că autismul este însoțit de o gamă variată de alte afecțiuni ("tulburări"), care debutează de obicei în primul an de viață sau în copilărie, iar ele se regăsesc în aceleaşi familii sau la alte persoane, înrudite cu ele. *Ceea ce aveau în comun aceste famili, erau alergiile, iar apoi bolile autoimune*[372]. Este motivul pentru care au fost continuate cercetările legate de factorii genetici, care ar putea determina astfel de boli. *"Dar ei se află pe o cale greşită, fiindcă factorul genetic care trebuie cercetat este acela al unei 'reacții particulare' la vaccinuri, nu predispoziția genetică la autism",* spune Harris Coulter. Niciun copil care se naşte din părinți sănătoşi, şi după o sarcină cu o evoluție normală, nu este predispus să facă autism. Dar un copil perfect sănătos poate, prin constituția lui, să fie susceptibil la vaccinuri. Este adevărat că există

[368] Mary Stewart Goodwin and M.A.Cowan, *"Malabsorption and Cerebral Dysfunction :A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children"*, *J. Autism* 1, 1971, 49.

[369] S. Folstein et al., *"Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications"*, *J. Autism* 18:1, 1988, 3-26.

[370] M. Coleman, *op. cit.*,1976, 215, 221.

[371] Leo Kanner, "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?", în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and psychiatric Patterns*, 1954, 381.

[372] R. C. Sullivan, *op. cit.*, 1975, 177; F. C. Dohan, *"Coeliac Disease and Schizophrenia"*, *Lancet*, April 25, 1970, 897-898; J. N. Money, Bobrow and F. C. Clarke, *"Autism and Autoimmune Disease: A Family Study"*, *J. Autism* 1, 1971, 146-160

şi o susceptibilitate genetică, iar familiile cu numeroase astfel de cazuri sunt dovada clară. *Dar la membrii acestor familii există o predispoziţie genetică, de a reacţiona exagerat şi patologic la vaccinuri, după cum reiese din studiile lui Steinmans*[373]**.** *"Dacă am elimina aceşti factori, iar copiii nu ar fi vaccinaţi, nu ar mai exista un număr atât de mare de boli autoimune în aceste familii şi ar rămâne doar un rest mic de persoane cu asemenea tulburări neurologice"*[374].

11.) Hiperactivitatea/Sindrom hyperkinetic/ Sindrom psihoorganic/Sindrom ADHD/MBD

De la apariţia primelor simptome şi până în prezent s-au încercat mai multe definiţii şi clasificări ale hiperactivităţii, fără să se ajungă la o definiţie adecvată, motiv pentru care găsim în literatura de specialitate mai mulţi termeni.

În anul 1930, Kahn şi Cohen scriu despre o afecţiune nouă la copiii cu activitate hieprkinetică, agitaţi, incapabili de a sta cuminţi, cu tulburări de concentrare, care le aminteşte de o *encefalită infecţioasă.* În 1947, Gerhard Gesell, un renumit psiholog pediatru, crede că anumite tulburări ale copilului preşcolar şi şcolar, au la bază *"leziuni cerebrale minime"*. Studiul acestor tulburări denumite ulterior "disfuncţii cerebrale minime" (DCM) s-a intensificat.

În jurul anului 1955, la 10 ani de la apariţia autismului, atenţia medicilor pediatrii din America este şi ea acaparată de noua manifestare patologică apărută la copiii şcolari, sub forma unei tulburări nervoase, pe care o denumesc *"Hiperactivitate"*[375]. Copiii sunt mereu hiperactivi, depăşind limita normalului. Părinţii spun despre aceştia că sunt precoce, mergând în două picioare mai devreme decât alţi copii[376]. Cu toate acestea, nu pot fi atenţi, nu sunt interesaţi mai mult timp de un lucru, vorbesc continuu, la şcoală sau acasă, sunt extrem de nervoşi, iar pentru cei din jur sunt insuportabili[377]. Aceşti copii se bat între ei, sunt mereu certaţi cu alţii, fug ca sălbaticii, prin casă şi pe stradă[378]. Un copil hiperactiv poate dormi toată ziua sau este fără vlagă, iar când se apropie seara devine tot mai activ şi mai neliniştit. Noap-

---

[373] L. Steinman, *"Murrine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy:Linkage to H-2"*, *Nature* 299, October 21, 1982, 738-740.

[374] *Ibidem*; Connaught Laboratories, 1986.

[375] H. L. Coulter, *op. cit*., 78.

[376] M.W. Laufer and E. Denhoff, *"Hyperkinetc Behavior Syndrome in Children"*, *J. Pediatrics* 50, 1957, 463.

[377] H. L. Coulter, *op. cit*., 122.

[378] Annell, *op. cit*, 1953, 75-76.

tea, copilul este extrem de agitat, râde, strigă şi adoarme doar spre dimineață[379]. Harris Coulter arăta o statistică îngrijorătoare: *"Numărul copiilor cu «tulburări de învățare», din şcolile oficiale, a crescut de la 830.000 în anul 1958, la 3.234.000 în 1980 (National Center for Education Statistics), şi creşte în continuare, deşi numărul elevilor scade…Este pură întâmplare că a crescut numărul acestor copii bolnav, tocmai în cele trei decade când s-a administrat vaccinul antipertussis?"*[380]. În 1982, Vincent Fulginiti afirma: *"Eu nu cunosc alt motiv care să fi dus la aceste tulburări grave de învățare, decât cele ale vaccinului DTP. Este normal ca, atunci când copilul face o encefalită, să rămână sechele de acest gen"*[381]. În anul 1963, în America, specialiştii numără în jur de 100 de semne şi simptome care se asociază cu hiperactivitatea, motiv pentru care *termenul de "Hiperactivitate" se schimbă în cel de "Disfuncție cerebrală minimă" (MCD)*. Profesorii de pediatrie de la Facultatea Yale scriau în 1984 despre aceste manifestări patologice că *"ele au reprezentat în perioada respectivă cea mai răspândită tulburare psihică din Spitalele de Psihiatrie Infantilă"*[382]. *Procentul copiilor şcolari care suferă de această tulburare este estimat de unii autori la 15-20%*[383]! *Cu toate acestea, termenul de "Disfuncție cerebrală minimă" a fost considerat impropriu şi a fost înlocuit, aşa cum s-a văzut, cu denumirea de "Sindrom cu leziuni cerebrale minime sau MBD (Minimal Brain Damage Syndrom)".*

În Germania constatăm un lucru asemănător. În 1969, Manfred Műller-Kűppers, în broşura *Das leicht hirngeschädigte Kind* (trad.: *Copilul cu o disfuncție cerebrală minimă),* scria, cu îngrijorare: *"Numărul copiilor cu astfel de tulburări neurologice, creşte iar manifestările clinice sunt foarte variate şi mult mai complexe decât s-a crezut"*. Elevii păreau să fie cei mai afectați, motiv pentru care şi în Germania tulburările neurologice au luat denumirea de "hiperactivitate", iar popular *"der Zappelphilipp"* ("Filip care țopăie"). Ei sunt copii agitați, se poartă zgomotos şi sunt agresivi. Se vorbeşte uneori de ei ca fiind "copii foarte greu de educat". În fosta RFG, în 1990, un număr de 1,4 milioane de copii sub 12 ani au fost tratați de către medicii

379 Frank R Ford, *op. cit.,* 1937, 355.

380 H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit*, 1996, Germany, S. 197.

381 *Ibidem*, 197-198.

382 Sally E Shaywitz and A. Bennet, *"Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder:A Pediatric Perspective"*, *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984, 429.

383 U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health *"Facts About Childhood Hyperactivity"*, Reprinted from *Children Today*, July-August, 1984; V. S. Cowart, *"Attention-Deficit Hyperactivity Disorder:Physicians Helping Parents Pay More Heed"*, *J. Amer. Med. Assoc*. 259:18, May 13, 1988 (b), 2647.

psihiatri pentru "Hiperkinezie"[384]. Părinții unui astfel de copil îşi amintesc: *"Fiul nostru se enerva foarte des şi tare, arunca cu obiecte în jur, o muşca pe educatoare şi nu se juca cu niciun alt copil".* Alți părinți relatează: *"În primii 4 ani de viață, băiatul nostru era un copil vesel, sănătos, sociabil, cu o afectivitate normală. Pentru a-l înscrie la grădiniță, a fost nevoie să-i fac Pentavaccinul (conține 5 vaccinuri). După aceea, comportamentul său s-a schimbat brusc şi copilul a devenit de nerecunoscut. Mai târziu, la şcoală, aveam mereu reclamații din cauza lui: era agitat, nu era atent deloc, nu se concentra, nu îşi făcea temele…La fel este şi acasă: hiperactiv, foarte dezordonat, fură, consumă multe dulciuri"*[385]. Ca şi în America, termenul de "Hiperactivitate" a fost înlocuit la un moment dat cu cel de "Sindrom cu disfuncție cerebrală minimă" (MCD: *Minimale Cerebrale Dysfunction*). Joachim Grätz, în articolul său *"Encefalopatia – cauza directă a vaccinurilor"*(trad.) arată o statsitică recentă din Germania, conform căreia un număr de *1,5 milioane de copii sunt tratați pentru Hiperactivitate (ADHD), asociată cu agresivitate, cu medicamente psihotrope*[386].

La un simpozion din Stuttgart, despre ADHD şi cauzele acestuia, *Friedrich Klammrodt,* organizatorul simpozionului, prezintă un scurt istoric al vaccinurilor[387] (asemănător cu cel al tuturor țărilor europene, inclusiv România):

- *În anul* 1972 existau 5 vaccinuri *obligatorii la sugari*! *Toate vaccinurile erau administrate separat.* Tot în acest an ia ființă organizația națională STIKO în Germania (Comisia permanentă pentru vaccinuri).
- În anul 1975 încă nu se ştia de sindromul ADHD!
- În 1976 creşte numărul vaccinurilor deja la 12 şi este pentru prima dată când se administrează simultan 2 vaccinuri.
- În continuare a crescut numărul vaccinurilor la 14, apoi la 32!
- În 1995 se foloseşe trivaccinul (3 vaccinuri combinate), apoi tetravaccinul (4 vaccinuri combinate).
- În 2006 s-a ajuns la 40 de vaccinuri la un singur copil, dozele fiind administrate între 1-6 ani! În 2006 se introduce pentru prima dată hexavaccinul la sugar *(*6 vaccinuri simultan!). Din acest an, frecvența sindromului ADHD creşte foarte mult.

---

[384] G, Buchwald, *op. cit*., 2008, 245.

[385] *Ibidem,* 246

[386] Dr. Ing. Joachim F. Grätz, *Encephalopathien-Unabdingbare Folge von Impfungen,* Tisani Verlag.

[387] Friedrich Klammrodt, "*Hat Impfen Sinn*?", 16 Juli, 2009, Stuttgart, http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium)

În România hexavaccinul s-a introdus pentru prima data în mai anul curent (2012).

În toate țările industrializate se constată probleme asemănătoare. În Elveția, în primăvara anului 1974, se vorbeşte despre "Sindromul Psiho-Organic" (PO), în cadrul unei întâlniri a Asociației ELPOS (Asociația părinților pentru copii şi tineri cu tulburări funcționale psihoorganice uşoare). Sindromul "PO" se referă la un grup de simptome: agresivitate nemotivată, hiperactivitate, lipsa de concentrare. După o emisiune TV, cu participarea acestei Asociații ELPOS, au fost trimise peste 18.000 de întrebări din partea părinților.

Nu în toate țările termenul de "Sindromul MCD" a fost înlocuit cu "Sindrom MBD".

Sindromul ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*: Deficit de Atenție şi Tulburare Hiperkinetică) este denumirea nouă care le va înlocui pe cele trei: MCD, MBD şi PO. Pe an ce trece, frecvența sindromului ADHD creşte în întreaga lume, inclusiv în România.

Legătura dintre Hiperactivitate/ADHD şi vaccinuri

Numeroase studii au demonstrat că între Hiperactivitate şi vaccinuri este o strânsă legătură.

Există o legătură strânsă între Thiomersal (conservant cu mercur organic conținut în unele vaccinuri) şi Sindromul ADHD, afirmă mai mulți oameni de ştiință. Modul in care mercurul poate provoca ADHD si alte boli neurologice autoimune este descris mai jos (vezi pct.12). La ora actuală, cazurile de ADHD depăşesc cu mult pe cele de autism. *"Aproximativ 5% dintre copiii născuți/an, suferă de Sindromul ADHD iar 1-2 copii dintr-o clasă au acest sindrom*. Situația e şi mai gravă *în SUA, unde 9% dintre copii cu vârsta cuprinsă între 8 şi 15 ani suferă de ADHD"*[388]. O treime dintre aceşti copii (2,4 milioane) necesită medicamente, iar o altă treime medicamente "la nevoie". Psihologii îi tratează pe aceşti copii cu ajutorul "terapiilor comportamentale". Medicamentul cel mai folosit este *Ritalin*, care la adulți este folosit ca şi antidepresiv… Cu Ritalin se doreşte reglarea secreției crescute dopaminergică din creier la copii, liniştirea lor şi creşterea puterii de concentrare şi atenție. Ce efect vor avea pe termen lung aceste medicamente, nu este însă cunoscut, iar o vindecare a sindromului nu va fi posibilă.

[388] T. E. Fröhlich et al., *"Prevalence, recognition and treatment of Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder in a national sample of US children"*, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*2007;161(9):857-864.

În trecut, epidemiile se soldau cu numeroase cazuri de encefalită infecțioasă iar simptomul cel mai frecvent la aceşti bolnavi, aflați în convalescență, era hiperactivitatea.[389] Se credea atunci că tulburările de hiperactivitate vor trece o dată cu vârsta şi copilul se va vindeca până va ajunge la vârsta adultă.

Astăzi se ştie că acest lucru se întâmplă foarte rar şi numai în cazurile uşoare. Hiperactivitatea este cea care uneori mai cedează, în schimb alte simptome, precum lipsa de atenție şi concentrare, rămân, fără să existe un tratament alopat[390]. Important de menționat este faptul că şi în trecut s-a remarcat faptul că hiperactivitatea este o sechelă a encefalitei infecțioase. Dar hiperactivitatea poate fi la fel de bine şi sechela unei encefalite postvaccinale.

Caz: Steven s-a născut sănătos şi s-a dezvoltat normal până la vârsta de 2 luni şi jumătate, când i s-au administrat *vaccinurile DTP* şi *antipolio oral.* Noaptea, temperatura i-a crescut la 40 grade şi țipa puternic, neîntrerupt. Aceste țipete au continuat, timp de 4 zile şi 4 nopți. Medicul le-a spus părinților că este ceva trecător şi să-i administreze Tylenol (Paracetamol), ceea ce au făcut, dar fără niciun rezultat. Cu timpul sugarul s-a mai liniştit, dar era în general mai agitat şi altfel decât înainte de vaccin. După 3 luni i s-a administrat a doua doză de vaccin DTP. Din nou a făcut febră mare şi scotea iar țipete stridente, timp de aproape 4 zile. Apoi, a început să se tragă de ureche şi era mereu agitat. Uneori plângea fără niciun motiv. Tatăl său l-a dus la spital, unde s-a constatat că are otită. După o lună a primit şi cea de-a treia doză de vaccin DTP. Reacția a fost aceeaşi: febră, plâns si otită, tratate cu antibiotice. În următoarele luni, Steven a devenit foarte agitat, se freca de frunte, apoi a început să facă strabism şi avea uneori o privire fixă. Nu a stat în şezut decât la 10 luni. Chiar şi la un an, mai prezenta aceste crize de țipete care durau timp de 30 de minute, de mai multe ori pe zi, fără niciun motiv. Nu vroia să fie ținut în brațe şi se bătea cu capul de pereți. Cu toate că era aproape tot timpul sub tratament cu antibiotice, nu îi trecea otita… La vârsta de 16 luni, Steven încă nu umbla. Medicii îi linişteau pe părinți, spunând că unii copii sunt mai leneşi şi merg mai târziu, iar infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS) sunt ceva obişnuit. A tratat-o pe mamă ca pe o persoană isterică… După primul său vaccin, Nathan, fratele mai mic al lui Steven, nu a avut reacții adverse, ceea ce i-a bucurat pe părinți, dar i-a şi surprins. La fel a fost şi după celelalte vaccinuri… Când Steven avea 3 ani şi jumătate, mama lui a început un regim alimentar special pentru copiii hiperactivi şi cu tulburări de comportament. S-a observat imediat o ameliorare. Starea lui

389 A. L. Annel, *op. cit.,* 1953, 75-76.
390 H. L. Coulter, *op. cit.*, 77.

a necesitat însă terapie psihologică, de 3 ori/săptămână. Nu a putut urma o şcoală normală, a avut nevoie de un învățător privat…[391].

12.) Sindromul postencefalitic, autismul şi sindromul MBD/ADHD

În urma studiilor sale, Harris Coulter a reuşit să demonstreze că *cele două stări patologice, "Autismul" şi "Sindromul MBD/ADHD", sunt sechele ale Encefalitei postvaccinale*, deci fac parte din "Sindromul postencefalitic, postvaccinal". Dovada este şi paralelismul dintre simptomele acestor stări patologice, în care *partea afectată este sistemul nervos central (în special nervii cranieni), aparatul digestiv şi sistemul imun*[392]:

a. *Tulburările neurologice* cele mai frecvente, care au fost descrise în acest capitol, constau în: retard psihic, epilepsie, hipertonie sau hipotonie musculară, paralizie cerebrală, hiperactivitate şi o tendință de a fi "stângaci" (bolnavul îşi foloseşte mâna stângă). Dacă sunt afectați nervii, vor exista defecte ale organelor de simț (ochi, urechi), vorbirea şi respirația ("crize de apnee, cauza sindromul morții subite la sugar")[393]. Cele mai evidente tulburări neurologice datorate leziunilor nervilor cranieni sunt *dislexia şi alte tulburări de învățare care aduc sistemul şcolar american aproape de un colaps.* Alte simptome "restante" ale encefalite postvaccinale sunt cefaleea şi tulburările de somn. Tulburările neurologice grave nu apar doar în cazurile când este evidentă o reacție postvaccinală acută sau o encefalită postvaccinală acută, ci mai ales în cazurile de encefalită postvaccinală subacută sau cronică.

b. *Tulburările digestive* (de digestie şi ale apetitului), asociate cu encefalitele postvaccinale, reprezintă cel puțin una dintre multiplele cauze de anorexie, bulimie şi obezitate, apărute în America la sfârşitul sec. XX – începutul sec. XXI.

c. *Tulburările sistemului imun* datorate sindromului postencefalitic.

Tulburările intelectuale şi morale sunt la fel de importante. Chiar şi pacienții afectați foarte puțin prezintă simptome precum: *egoism, narcism, "înstrăinare", impulsivitate, agresivitate, labilitate emoțională, teamă, paranoia, crize de furie, depresii, tendințe spre suicid.*

"Indivizii cu sindrom postencefalitic, suferă de 'fragmentarea gândirii', iar memoria lor este foarte slabă. Din acest motiv, ei nu pot gândi logic, şi

[391] H. L. Coulter und B. Fisher, *op. cit.,* 1996, 228-241.
[392] H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 155.
[393] *Ibidem.*

ca urmare, nu au o "judecată sănătoasă". Deseori ei îşi dau seama de acest defect major şi ***încearcă să-l compenseze prin diferite forme de agresiune față de alții, prin tendința spre hipersexualitate, homosexualitate, suicid, dependență de alcool sau droguri.*** *Este posibil ca toate aceste manifestări să fie o consecință directă a tulburărilor nervoase. Ele sunt tot mai frecvente în SUA în zilele noastre, dar şi în celelalte țări occidentale*"[394].

România nu face excepție: au crescut cazurile de hiperactivitate/ADHD în rândul copiilor preşcolari şi şcolari. Numărul elevilor /adolescenților/tinerilor, cu tendințe spre suicid, agresiune (viol, crime), droguri şi alcool, a crescut, de asemenea, în mod îngrijorător. Cu toate acestea, nimeni nu pune aceste "tulburări neurologice" (nu doar de comportament!) pe seama sindromului postencefalitic, provocat de vaccinurile din copilărie.

Cu toate că programul de vaccinare nu este vinovat de toate defectele neurologice şi problemele sociale existente, totuşi el aduce o contribuție enormă la apariția şi extinderea lor rapidă, în întreaga lume. *"Consecințele dezastruoase ale vaccinărilor, se vor vedea în următoarele decenii, dar adevărul nu va ieşi la iveală decât dacă va exista interes în studierea lor…Până la ora actuală, legătura dintre tulburările neurologice şi sindromul postencefalitic, încă nu este una oficială, fiindcă nu se doreşte acest lucru, iar oamenii nu pot concepe că aceste vaccinuri pot fi cauza encefalitelor clinice şi subclinice, atât de numeroase în lume"* [395].

Marele merit a lui Harris Coulter (decedat în 2008) este acela că şi-a dedicat viața pentru a căuta acolo unde alții nu au dorit s-o facă… Renumita lui carte *Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain* (din care am folosit traducerea în limba germană) cuprinde şi alte capitole cu dovezi cutremurătoare, care nu fac subiectul acestei cărți, dar care ar trebui citite de fiecare dintre noi.

În paralel cu dovezile lui Coulter şi ale celorlalți autori privind autismul şi adevărata lui cauză, voi prezenta şi *"actuala" clasificare şi definiție a tulburărilor cu spectru autist***:**

DSM III (*Diagnostical and Statistical Manual*: Manualul de Diagnostic şi Statistică) include autismul infantil la capitolul "Tulburări pervazive de dezvoltare" (*Pervasive Developmental Disorders*: PPD).

DSM III introduce termenul de „pervaziv" pentru a sublinia natura serioasă şi caracterul invadant al acestei tulburări care apare în procesul de dezvoltare al copilului, afectând atât comportamentul, cât şi înțelegerea, limbajul, jocul şi relațiile sociale.

394 Ibidem, 156.
395 *Ibidem,* 156-157.

În DSM-III R (revizuită), termenul de *autism* a fost înlocuit cu cel de *tulburare autistă*, în 1987.

În 1992, ICD 10 include şi tulburarea Asperger în sistemul de clasificare. Se utilizează denumirea de tulburare pervazivă de dezvoltare (autismul infantil, autismul atipic, Sindromul Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei, Sindromul Asperger). Acelaşi lucru se întâmplă în 1994, când, în DSM IV, apoi DSM IV-TR, se adaugă acestor tulburări a cincea formă: tulburarea pervazivă de dezvoltare fără altă specificație (PDD-NOS sau *autismul atipic*).

În 2002 se introduce termenul de *tulburare de spectru autist* (TSA), de către Wing si Cohen, iar în 2005 Miles vorbeşte de *autism complex* şi *autism esențial*, cu grade de severitate si prognostic diferite. "Tulburările de spectru autist" (TSA) sunt un grup de tulburări incluse în tulburările de dezvoltare pervazivă.

Tulburările de dezvoltare pervazivă (PDD) sunt caracterizate printr-o deteriorare calitativă, severă şi pervazivă în diverse arii de dezvoltare. Aceste tulburări sunt vizibile de regulă încă din primii ani de viață. Secțiunea tulburărilor de dezvoltare pervazivă (după DSM IV TR) cuprinde:

- tulburarea autistă;
- tulburarea Asperger;
- tulburarea Rett;
- tulburarea dezintegrativă a copilăriei;
- tulburarea pervazivă de dezvoltare fără altă specificație (PDD-NOS sau autism atipic).

TSA (tulburările cu spectru autist) includ:

- tulburarea autistă (autismul tipic);
- tulburarea Asperger;
- PDD-NOS (autismul atipic).

Termenul „tulburare de spectru autist" implică faptul că cele trei tulburări împart caracteristici comune, dar au şi caracteristici unice, care le diferențiază. Severitatea deficitelor variază între cele trei diagnostice şi la nivelul fiecărui individ diagnosticat cu TSA. [396]

III. Boli maligne provocate de vaccinuri

O parte din bolile maligne – respectiv **tumorile maligne** şi **leucemiile** – au fost descrise în cap. 2, pct. 2: *"Primele vaccinuri antipolio şi eşecurile lor"*.

Toate vaccinurile pot provoca cancer, constată autorii străini: **"**Dacă noi intervenim din afară, *prin vaccinuri*, şi tulburăm formarea sistemului

[396] http://www.pulsmedia.eu/inpage/tulburarea-de-spectru-autist-la-copil/

imun încă de la naştere, vor apărea şi defecte serioase ale acestuia. Unul dintre nenumăratele exemple îl constituie leucemia limfatică acută, cea mai frecventă formă de cancer la copil (cu un vârf la 4 ani), când are loc o dezvoltare anarhică a leucocitelor tinere”[397]. Această temă importantă, pe care nu o dezvolt aici, poate fi subiectul unei cărți.

IV. Adjuvanți şi conservanți: otrava din vaccinuri

Am ales să tratez unul din cele mai importante subiecte, respectiv adjuvanții şi conservanții din vaccinuri, în acest capitol, fiind strâns legat de patologia encefalitei postvaccinale.

Am văzut că “encefalita postvaccinală” este cauzată de “reacțiile toxice” date de adjuvanții şi metalele din vaccinuri (mercur, aluminiu), alături de “schimbarea /dezechilibrul răspunsului imun” şi de “reacțiile alergice” provocate de proteinele străine din vaccinuri, antibiotice etc. La această concluzie s-a ajuns destul de recent, fiindcă *în trecut nu au existat studii legate de “aditivii” toxici din vaccinuri*, motiv pentru care nu au putut fi implicați în producerea complicațiilor postvaccinale, inclusiv a encefalitei postvaccinale.

Unii dintre autorii studiilor amintite, printre care-l amintesc şi pe Harris Coulter, au intuit foarte bine existența unei encefalite postvaccinale, neinfecțioase, cu o componentă alergică, posibil autoimună, dar au pus-o doar pe seama unei *“reacții particulare” la vaccin* (în special la antigenele modificate din vaccin), implicat fiind sistemul imun al copilului. Alții au demonstrat existența unei *encefalite demielinizante*, provocate prin mecanisme autoimune, în care sunt implicați adjuvanții din vaccinuri, metale grele, proteine străine alergizante etc., dar nu au putut explica modul în care are loc acest fenomen.

Recent, medici şi cercetători din Occident au demonstrat că encefalita alergică postvaccinală poate fi indusă/provocată şi de metalele neurotoxice din vaccin (mercur, aluminiu), chiar şi în absența unei “reacții particulare” la vaccin. Este motivul pentru care cazurile de encefalite postvaccinale, iar apoi ale sechelelor acestora (sindromul postvaccinal), cresc în continuare in mod îngrijorător, de la an la an, în întreaga lume. Lanțul patologic este unul lung, iar modul în care substanțele neurotoxice din vaccin, respectiv metalele grele (mercur şi aluminiu), contribuie la apariția unor astfel de boli cronice,

[397] B. Ehgartner*, op. cit.,* 41-42.

neurologice, a fost descris de mai mulți autori: *Dr. med. Klaus Hartmann* (a lucrat timp de 10 ani la Institutul Paul-Ehrlich din Germania iar la numeroasele conferințe unde participă, relatează despre experiența lui în domeniul vaccinurilor, punând accent mai ales pe efectele secundare ale componenților din vaccinuri), *Dr. med. Harald Banzhaf* (de la Medicina Mediului, din Bisinger), *Dr. Joachim Mutter* (de la Medicina Mediului, Universitatea din Freiburg), *Dr. Dietrich Klinghardt* (neurolog german, practicant în America) care a pus bazele a trei mari şi importante metode terapeutice moderne: Psiho-Kinesiologia, Terapia cu substanțe ortomoleculare şi Dezintoxicarea de metale grele (mercur etc.) etc.[398]. Jurnalistul pe probleme medicale *Bert Ehgartner* are mai multe publicații despre efectul adjuvanților din vaccinuri, iar lista poate continua.

Robert F. Kenedy Jr. a fost şi el interesat de acest subiect, când a aflat despre apariția autismului la mii de copii americani, provocat de mercurul din vaccinuri. În iunie 2000, un grup de oameni de ştiință ai conducerii s-au întâlnit cu autoritățile sanitare ale SUA (CDC, FDA ş.a.), în Simpsonwood Conference Center din Norcross/Georgia. La Adunare au participat şi o serie de reprezentanți ai Ministerului Industriei, pentru a discuta despre studii noi, legate de efectul substanțelor toxice din vaccinuri asupra sănătații copiilor, în special a sugarilor. Era vorba despre Thiomersal (cu mercur organic, neurotoxic) care a contribuit în mod covârşitor la creşterea cazurilor de autism. Studiul se făcuse pe 100.000 de copii vaccinați. Unul din simpozanți declara că "ceea ce văzuse îl consternase". Efectul neurotoxic al Thiomersalului declanşase un lanț de sindroame neurologice grave, ireversibile: tulburări de vorbire, deficit de atenție, hiperactivitate şi autism! Începând cu anul 1991, de când CDC şi FDA au adăugat Thiomersal la 3 tipuri de vaccin administrat sugarilor, incidența autismului crescuse de 15 ori, respectiv de la 1 caz din 2.500 de copii, la 1 caz din 166! S-a ajuns la concluzia că "Epidemia de autism" ar fi putut fi prevenită

[398] Dr. Dietrich Klinghardt este fondatorul Academiei Americane de Terapie Neurologică, director medical al Institutului de Neurologie şi şef de clinică la Centrul de Medicină Integrală, toate în Bellevue, Washington, SUA. De asemenea, este fondator şi director al Academiei Klinghardt (Marea Britanie), al Institutului de Neurobiologie (Germania) şi al CYNIK (Elveția). Klinghartd a studiat Medicina (1969-1975) şi Psihologia (1975-1979) în Freiburg, Germania, susținându-şi doctoratul cu o cercetare a implicării sistemului nervos autonom în afecțiunile autoimune. Au urmat câteva publicații. De la începutul carierei sale l-au preocupat sechelele rămase în urma intoxicațiilor cronice, în special cu plumb, mercur, poluanți din mediu şi câmpuri electromagnetice. În perioada în care lucrat în India ca medic, a făcut cunoştință cu concepția răsăriteană a etiologiei bolilor, pe care a combinat-o cu pregătirea sa apuseană. Pe această bază şi-a dezvoltat sistemul cu cinci nivele al Medicinei Integrative. (După http://www.klinghardtacademy.com/BioData/Dr-Dietrich-Klinghardt.html)

dacă nu s-ar fi introdus această “otravă” în vaccinuri. Un senator republican, Ken Veenstra, care a controlat studiul, afirma: *“După ce am studiat timp de 3 ani toate materialele studiului, am ajuns la concluzia că există într-adevăr o legătură strânsă între mercur şi apariția autismului…Singur faptul că a fost o creştere cu 700% a cazurilor de autism în Iowa, în anii'90, imediat după înmulțirea vaccinurilor la sugari, este în sine o dovadă solidă”*[399].

A) Mercurul sau “otrava pentru nervi” – o altă cauză a bolilor neurologice autoimune

Generalități

Mercurul a fost folosit pentru prima dată de catre medicul Girolamo Fracastoro din Verona – colegul medicului german Paracelsius – în terapia sifilisului. Tratamentul era cumplit, pacienții având dureri foarte mari, fără ca să poată fi salvați de această boală venerică. Majoritatea mureau de sifilis sau rămâneau cu sechele nervoase (tremor accentuat etc.). *Însuşi Fracastoro, în anul 1546, atrage atenția asupra pericolului pe care-l prezintă toxicitatea mercurului.* Cu toate acestea, până în sec. XX, când se descoperă antibioticele, mercurul rămâne ca tratament de bază în tratarea sifilisului[400].

Folosirea mercurului în componența vaccinurilor, devine un obicei începând cu sec. XX: în anul 1930 Compania Farmaceutică Eli Lilly din SUA foloseşte pentru prima dată *Thiomersal drept conservant*, la fabricarea vaccinului antidifteric. *Un procent de 49,6% din această substanță conține mercur organic, neurotoxic*. Pe vremea aceea vaccinurile nu erau individualizate, ci erau ținute în recipiente mai mari, de unde medicul folosea atât cât era necesar, după care se stocau în continuare în frigider. De aceea era nevoie de un conservant. Toxicitatea mercurului trebuia să apere vaccinul de bacterii şi mucegaiuri. S-a luat această măsură fiindcă în anul 1928, imediat după vaccinare, au murit 11 copii. Deşi era un lucru binecunoscut pentru cei de la Compania Eli Lilly, că şi noul conservant va putea fi periculos pentru organism, ei au continuat să creadă că o doză mai mică de mercur nu ar putea fi toxică pentru sistemul nervos. *Această eroare a dus la folosirea timp de zeci de ani a mercurului drept conservant pentru majoritatea vaccinurilor.* Singurele vaccinuri care nu conțin mercur sunt cele care au virusuri vii, precum vaccinul antirujeolic, antipolio etc., deoarece acesta ar distruge virusurile[401].

---

[399] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, emuVerlag, 6. Auflage 2010, 253-265.

[400] B. Ehgartner, *op. cit*., 176-178.

[401] *Ibidem.*

În tot acest timp s-au auzit multe voci care atenționează asupra pericolului pe care îl reprezintă mercurul din vaccinuri, fiind o adevărată otravă pentru nervi. Doar la mijlocul anilor'90, Direcțiile de Sănătate din SUA, în urma unor studii legate de efectul mercurului asupra organismului, constată că Thiomersal reprezintă o reală problemă pentru sănătate. Deoarece numărul vaccinurilor s-a triplat între anii 1980-2000, a crescut mult şi doza mercurului folosit la prepararea lor, depăşind cu mult doza maximă acceptată de către OMS (Organizația Mondială *a* Sănătății) şi de EPA (*Environmental Protection Agency*) din SUA. Un bebeluş de 5 kg nu poate primi o doză mai mare de 34 micrograme de mercur, conform EPA, şi 159 micrograme, conform OMS (mult mai "îngăduitor"). *Un sugar care primeşte toate vaccinurile prescrise în primele 14 săptămâni de viață, adună în organism o cantitate de 187,5 micrograme de mercur*. Or, **această intoxicație a organismului are loc tocmai în perioada când se dezvoltă sistemul nervos al copilului**, extrem de sensibil în această fază. Pericolul cel mai mare s-a constatat la copiii născuți înainte de termen, cu o greutate mai mică decât normal. O lucrare arată că *este de ajuns vaccinul hepatitc B, care, administrat unui sugar mic (în România, el este administrat imediat după naştere!), depăşeşte de 10 ori doza de mercur acceptată de către EPA*[402]. Oficialitățile din SUA nu au tras nici atunci concluzia corectă, conform căreia ar trebui exclus mercurul din *toate* vaccinurile pentru sugari. În cele din urmă, în vara anului 1991, OMS atrage atenția producătorilor de vaccinuri ca de acum încolo să nu mai folosească Thiomersal pentru vaccinuri, cele din stoc fiind folosite însă în continuare… Acelaşi lucru l-au făcut, din pură comoditate, şi cei din Uniunea Europeană… *În consecință, doar din anul 2001 (după 10 ani!) au început să apară pe piață vaccinuri pentru sugari, fără să conțină Thiomersal*. Acest deziderat a fost mai greu de îndeplinit în cazul vaccinurile contra gripei. Cu toate acestea, nu a fost respectată decizia, iar în ziua de azi *se produc în continuare vaccinuri cu Thiomersal*, în special cele care au un termen de folosință mai îndelungat pentru conservarea lor: *antigripale* şi *antitetanos*. Acest lucru se întâmplă conform recomandărilor exprese ale OMS-ului[403].

1) Acțiunea alergică a mercurului

Toate vaccinurile care conțin Thiomersal provoacă reacții alergice. Cel mai alergizant vaccin folosit recent, care a "sensibilizat aproape întreaga Austrie"

---

[402] G. V. Stajich et al., *"Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in prterm Children"*, *J. Pediatr*. 2000; 136:679-81.

[403] B. Ehgartner, *op. cit*., 179.

(Wolfgang Maurer, Wien), a fost cel împotriva FSME (boală bacteriană, provocată de înțepătura de căpuşă) şi împotriva meningitei meningococice.

2) Legătura dintre mercur şi bolile neurologice autoimune

Legătura dintre dozele mari de mercur folosite pentru vaccinuri şi creşterea accelerată a cazurilor de tulburări neurologice, în special autismul în rândul copiilor mici, este evidentă şi nu mai poate fi ascunsă. *Când, în anul 1943, psihiatrul Leon Kanner, de la Spitalul Johns Hopkins din Baltimore, descrie primele cazuri de autism la copii, Thiomersal era folosit deja de un deceniu drept conservant pentru fabricarea vaccinurilor*[404], însă nu era încă studiată neurotoxicitatea lui. Acesta este motivul pentru care *Leo Kanner credea că autismul este provocat în special de proteinele animale din vaccinuri*, la care copilul avea o "reacție particulară". Ulterior se va demonstra că nu doar aceste proteine străine poartă "vina" sindromului postencefalitic la copii, ci şi substanțele toxice din vaccinuri, în special metalele: mercur şi aluminiu.

De mult timp nu se mai caută cauza autismului la o "genă defectă". Unii autori au ajuns la concluzia că este nevoie de un "factor extern" (*trigger*) care să provoace boala. "*Este posibil ca acest **trigger** să fie Thiomersal. Ca urmare, trebuie studiată **reacția particulară la vaccinuri a acestor copii (începând de la naştere!)** care au şi o posibilă predispoziție genetică. Noi însă căutăm doar gena, şi asta prea târziu, când deja s-a instalat boala. Studii arată că «explozia» cazurilor de autism din SUA a avut loc între anii 1987-1992, când au fost introduse noi vaccinuri la sugari, cu un conținut în mercur de 3 ori mai mare ca înainte"*[405].

3) Studii:

a) Despre efectele mercurului din vaccinuri aflăm din renumitul studiu american de la Universitatea din Calgary/California: *How Mercury Causes Brain Neuron Degenaration? (*trad.: *Modul în care mercurul provoacă o degenerescență nervoasă),* studiul fiind unul privat, finanțat de către Facultate, fără contribuția unor instituții de interes, precum companii farmaceutice, industria chimică etc. Studiul a fost realizat în anul 1997 şi publicat în *Medical Journal*, unde a trezit interesul multor oameni de ştiință. Se arată în studiu cum în mod normal în primul an de viață al unui animal se dezvoltă neuronii şi axionii (celulele nervoase şi prelungirile lor), precum şi sinapsele neuronale (conexiunile

404 *Ibidem*, 180-181.

405 Cj. Newschaffer et al., *"National autism prevalence trends from United States special education data"*, *Pediatrics* 2005, 115: 277-282.

dintre neuroni), prin stimularea acestui proces de însăşi celulele nervoase. *În momentul în care se introduce o cantitate de mercur (mult mai mică decât cea conţinută în vaccinuri!), se observă cum aceste conexiuni nu mai înaintează, ci dimpotrivă, se rup, fiind un proces definitiv!* Ca urmare, nu se mai dezvoltă un număr mare de conexiuni nervoase care nu pot avea decât un efect dezastruos asupra dezvoltării sistemului nervos la animal[406]. S-a observat că Thiomersalul se descompune în componentele lui (mercur + GTP) la nivelul creierului, unde mercurul fiind eliberat, acţionează în acelaşi mod descris anterior asupra celulelor nervoase (Klinghardt). Descrierea studiului, dar şi a rezultatelor şi concluziilor, este foarte bine realizată de Dr. Klinghardt: "Univeristatea din Calgary/Canada a efectuat un studiu pe animale, la care au implantat plombe cu mercur radioactiv, care ulterior a putut fi vizualizate radiologic. În decurs de 24 de ore, întreaga coloană vertebrală era impregnată cu mercur, la fel şi creierul, glandele suprarenale, ovarele (sau testicolele) şi peretele intestinal. După 6 luni s-a făcut o noua radiografie la animale şi s-a constatat ca mercurul nu se eliminase deloc....O parte din oi au fost sacrificate si s-a constatat ca toate aveau rinichii foarte bolnavi, aproape de o insuficienţă renală... Când, în sfârşit, Conducerea a reacţionat la acest studiu care a fost făcut public, şi care părea că va revoluţiona ştiinţa medicală, surpriza nu a fost una aşteptată. Concluzia lor a fost: «A da, oi... Acestea sunt din punct de vedere genetic foarte departe de om». Ca urmare, nu a fost acceptat studiul ca fiind unul important raportat la om. Atunci a fost ales un alt model, mai apropiat omului: maimuţa. Au fost din nou implantate plombele radioactive cu mercur şi apoi radiografiate. După 24 de ore, efectul a fost acelaşi: mercurul era deja prezent în rinichi, glande suprarenale, ficat, perete intestinal şi creier... Fritz Lohrscheider, un renumit profesor de fiziologie din Austria, a participat la acest studiu, alături de Murray Vimy, şi care a fost făcut public într-o revistă medicală renumită, cunoscută sub numele de FASEB, tradusă şi publicată în multe ţări din lume. Mercurul, având o foarte mare neurotoxicitate, poate provoca toată gama de boli neurologice, inclusiv la persoanele tinere: *scleroză multiplă (SM), scleroză laterală amiotrofică, boala Alzheimer, boala Parkinson, tulburări de memorie, depresii cronice, migrene, tulburări de vorbire (bâlbăit), deficit de atenţie, tulburări de vedere, tulburări de auz* etc. (Observăm că afecţiunile sunt aceleaşi ca şi în sindromul postencefalitic postvaccinal!). Alte tulburări organice menţionate sunt: *afecţiuni renale cronice, leucemie, tumori maligne* etc. Aproape fiecare tumoră examinată de cei doi autori conţineau o cantitate mai mare de mercur decât ţesuturile din jur. Se presupune că tumorile pot fi o cale de "stocare şi eliminare" a mercurului în

[406] http://www.youtube.com/watch?v=XU8nSn5Ezd8

organism. Mercurul poate provoca şi *tulburări psihice*. *Sistemul imun* este de asemenea grav afectat de mercur. Cei doi autori au observat că oamenii care au plombe cu mercur, prezintă o rezistenţă faţă de antibiotice”[407].

b) Oamenii de ştiinţă au cerut părinţilor “smocul de păr” al bebeluşilor pentru a efectua studii toxicologice[408]. Ce s-a constatat a fost pentru început un paradox pentru toţi: “În părul copiilor sănătoşi cantitatea de mercur era de 8 ori mai mare decât la cei cu autism!”[409]. Cu cât autismul era mai grav, cu atât cantitatea de mercur din păr era mai mică. Acest lucru demonstrează faptul că *“aceşti copii cu autism nu pot elimina mercurul din organism, nici prin urină şi nici prin păr. În schimb, metalul greu se acumulează în organism. O serie de studii arată că toţi copiii cu autism au o concentraţie mult mai mare de metale grele în organism decât cei sănătoşi”*[410]. Administrând copiilor cu autism medicamente care elimină metalele grele, mercurul era depistat imediat. Nivelul mercurului eliminat prin urină era de 3 ori mai mare (chiar de 6 ori) la copiii cu autism faţă de copiii sănătoşi, luaţi în studiu. Acesta provine din Thiomersalul conţinut în vaccinuri[411]. Martha Herbert**,** medic specialist în Neurologie Infantilă la Universitatea Harvard, a căutat o explicaţie. Studiind creierele acestor copii bolnavi de autism, a constatat că greutatea lor este mult mai mare decât normal. Cauza nu putea fi decât un exces de metale grele, care la rândul lor provoacă inflamaţii şi infecţii cerebrale[412]. În SUA, autismul este o afecţiune foarte răspândită. CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) a făcut o statistică: dacă în anii ’70 se înregistrau 1-2 cazuri la 10 000 de copii, la începutul noului mileniu, **1 copil din 166 suferă de autism**! Băieţii sunt mai frecvent afectaţi: unul din 60, pe când fetiţele mai rar: una din 250. Deşi oficialităţile recunosc gravitatea situaţiei, consideră în continuare că nu se ştie exact cauza, iar mercurul singur (din vaccinuri) nu poate fi responsabil de acest lucru, deoarece omul ingeră acest metal din diferite alimente (spre exemplu peşte) într-o cantitate mult mai mare decât există în vaccinuri. Total greşit. Ei trec cu vederea că este o diferenţă foarte mare între mercurul conţinut în alimente şi cel din vaccinuri. Thomas Burbacher, profesor la Facultatea de la Washington, Seattle, specializat în Medicina Muncii şi a Mediului,

---

[407] http://www.hpz.com/insider/VortragKlinghardt.pdf

[408] B. Ehgartner, *op. cit.,* 183.

[409] A. S. Homes et al., *“Reduced levels of mercury in first baby haircuts of autistic children”*, *International Journal of Toxicology* 2003; 22: 277-285

[410] R. Natf, et al., *“Porphyrinuria in Childhood autistic disorder: Implications for environmental toxicity”*, *Toxicology and Applied Pharmacology* 2006; 14:99-108.

[411] J. Bradstreet et al., *“A case-control study of mercury burden in children with autistic spectrum disorders”*, *Journal of American Phyisicians and Surgeons* 2003; 8:76-79.

[412] B. Ehgarner, *op. cit.*, 184.

a făcut cercetări pe maimuțe, studiind efectul mercurului alimentar şi al celui din vaccinuri asupra sistemului nervos. *În vaccinuri mercurul din Thiomersal se află sub formă de* ***etil-mercur,*** *iar în alimente sub formă de* ***metil-mercur***. Acest aspect foarte important nu a fost deloc studiat zeci de ani, deoarece se considera că mercurul din vaccinuri este rapid eliminat din organism. Unde s-a greşit? Eliminarea din sânge nu înseamnă şi eliminarea din organism. Metalele grele dispar din sânge, dar ele se pot depune în organe! Profesorul Thomas Burbacher a constatat următorul lucru: etil-mercurul din vaccinuri nu se mai găsea în sânge deja după 8,5 zile de la vaccin, în schimb metil-mercurul din alimente dispărea din sânge mai târziu, doar după 21,5 zile. S-ar zice că într-adevăr, mercurul din vaccin se elimină mai repede decât cel din alimente. Dar calea de eliminare a mercurului în cele două situații era diferită: "Mercurul din alimente (metil-mercur) se elimină preponderent prin scaun şi bilă şi se regăseşte în creier doar într-un procent de 10%, ca mercur anorganic (mai puțin toxic). *Mercurul din vaccinuri (etil-mercur) se elimină astfel: o parte prin urină si o altă parte trece din sânge în creier, transformat în mercur metalic, într-un procent de 71% (foarte toxic)...* S-a observat, de asemenea, că eliminarea mercurului metalic din creier se face de câteva ori mai încet decât din sânge. Acesta este şi motivul pentru care mercurul toxic se stochează în creier"[413].

c) **Intoxicația cronică cu mercur**

Cum a fost dovedită neurotoxicitatea mercurului, aflăm de la Dr. Klinghardt, în urma numeroselor sale *studii,* despre care relatează cu ocazia mai multor Conferințe din Germania şi SUA. În lucrarea de față am folosit materialele a două Conferințe din Germania (noiembrie 1996 şi aprilie 2003)[414,415]: "...Mercurul, fie că provine din vaccinuri, fie din plombe, trece cu uşurință în țesutul nervos şi apoi îl distruge, fiind un metal neurotoxic. Nervul se aseamănă cu un cablu electric, dar care trăieşte, se hrăneşte, deci este viu. În interiorul lui circulă substanțe hrănitoare, anticorpi şi *neuropeptide* (substanțe secretate de celulele nervoase, cu rol în reglarea hormonală, în modularea informațiilor nervoase etc., fiind cunoscute la ora actuală cel puțin 100

---

413 T. M. Burbacher et al., *"Comparision of blood and brain mercury levels in infant monkeys exposed to methylmercury or vaccines containing thiomersal"*, *Environmental Health Perspeectives*, published online 21. April 2005.

414 Dr. med. Dietrich Klinghardt et al. *op. cit*., 2003, Germany.

415 Dr. med. Dietrich Klinghardt, *Vortrag nr.1* : *Schwermetalle Vergiftung-Entgiftung*, gehalten am 20. November 1996 auf Schloß Elmau bei Garmisch-Partenkirchenim Rahmen eines Seminars über Psycho-Kinesiologie, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag1.html

de neuropeptide). Aceste substanțe sunt transportate ("curg") spre capătul lui şi se varsă în sânge. Dacă mercurul pătrunde în nerv, sunt distruse toate aceste funcții, rămânând intactă doar electricitatea. În final, nervul poate muri. Celulele nervoase (neuronii) sunt conectate între ele prin aceşti nervi. Neuronii sunt celulele vii care au propriul metabolism, eliminând resturile prin tuburile nervoase. Ele secretă în spațiul presinaptic, nişte substanțe care transmit informația nervoasă între neuroni, numite neurotransmițători (o grupă mare de substanțe care cuprind şi neuropeptidele amintite anterior). Dintre cele mai importante sunt 4 substanțe: Dopamina, Noradrenalina, Sreotonina şi Endorfinele, care formează un adevărat "cocktail mesager", fără de care creierul nostru nu ar putea prelucra şi transmite nicio informație. Ele joacă rolul cel mai important în tot ceea înseamnă sentimente pozitive ("al fericirii", "al binelui" etc.), gândire, simțire, luarea unor decizii etc. *Scăderea secreției acestor substanțe este legată de apariția unor boli: boala Parkinson, Schizofrenie, sindromul ADHD* ş.a. Nervii intoxicați cu mercur nu mai pot îndeplini funcția de excreție a produselor reziduale din celulele nervoase şi în final, celulele se vor intoxica (autointoxica) cu propriile resturi metabolice. *În consecință, în loc să iese din celule substanțele nocive, vor intra altele, la fel de toxice şi care nu vor mai putea ieşi: dioxina, aldehida formică (conținută şi în vaccinuri)* etc. Din nefericire, toată lumea se concentrează în ziua de azi numai asupra acestor toxine care se găsesc în nervi, nu şi asupra mercurului, care este singurul metal cu capacitatea de a "reține" în celulă o serie de toxine. Tot mercurul este cel care, o dată eliminat din celule, "va antrena", împreună cu el, toate celelalte metale şi substanțe toxice. S-a făcut un studiu la două grupuri de oameni care au avut aproximativ aceeaşi vârstă şi care au decedat: unii de boala Alzheimer, alții de alte afecțiuni. S-a analizat creierul celor decedați, şi anume conținutul lor în metale grele. S-a constatat un lucru uimitor: concentrația în zinc, cupru şi aluminiu era aproximativ aceeaşi la toți cei decedați, în schimb *concentrația în mercur era de 4 ori mai mare la cei care au murit de Alzheimer*….

Simptomele intoxicației cronice cu mercur (fie datorată vaccinurilor, fie a plombelor cu mercur) sunt: *artrită cronică, dureri musculare, insomnie, migrene, tulburări de concentrare, tulburări digestive (constipație), candidoză digestivă* (mercurul este "fixat" de către levuri/ciuperci în intestin şi o dată cu eliminarea mercurului din organism este tratată eficient şi candidoza, dar nu şi invers; prin tratarea candidozei, mercurul este pus în libertate şi va trece în țesuturi şi organe, cu precădere în creier). Dacă femeia gravidă are o intoxicație cronică cu mercur (fie din plombe, fie din vaccinuri, sau ambele),

60% din acest metal trece prin placentă la făt, la care poate provoca: autism, deficit de atenție şi învățare, alergii, dermatită atopică, astm bronşic. La intoxicația fătului participă în mare măsură şi tatăl copilului. Dacă acesta are o intoxicație cronică cu mercur (plombe cu amalgam ce conțin mercur etc.), se poate pierde la copil posibilitatea de a elimina mercurul. Plombele din aur conțin, alături de acest metal prețios, şi multe alte metale care intoxică organismul: platină, cupru, argint, nichel şi paladiu. (Coroana de "aur" a dinților conține în jur de 8-12 metale grele şi 20-30 de resturi ce provin de la alte metale. Toate acestea pot provoca alergii.) Din studiile suedeze, ştim că cele mai alergizante metale sunt nichelul şi cuprul, mercurul fiind pe locul trei. **Bolile autoimune –** precum Lupus eritematos, sclerodermie, poliartrita reumatoidă, bolile tiroidiene, migrenele, colita ulceroasă, boala Crohn etc. – **sunt urmarea intoxicației cu metale grele.** Ce se întâmplă? Metalele grele, inclusiv mercurul, ajung în peretele intestinal şi apoi în sânge. De aici ajung în celulele din ficat, rinichi, intestin, creier etc. Metalul este *o haptenă*, adică o substanță care se fixează pe celulă, după care aceasta nu mai este recunoscută de sistemul imun şi va fi considerată o celulă străină (*non-self*), care trebuie distrusă. *Se vor forma anticorpi* împotriva acestor celule, denumiți *autoanticorpi*, deoarece atacă propriile structuri, respectiv organul intoxicat cu mercur: rinichi, articulație, tiroidă, mielina care înveleşte nervii (provocând demielinizarea nervilor), intestinul, pielea, țesutul conjunctiv etc. *Acelaşi mecanism îl poate provoca şi titanul din implanturile dentare*. La pacienții cu astfel de implante s-a observat că la 4-5 ani apar diverse alergii şi apoi debutul unei scleroze multiple sau a unei alte boli autoimune…

Un studiu epidemiologic a fost realizat în 1997, pe schelete umane de acum 400-500 de ani şi schelete umane din ultimii 10 ani. S-a constatat că scheletele din ultimii ani conțin plumb într-o cantitate de 500-1000 de ori mai mare decât cele ale strămoşilor noştri!

Trebuie reținut un lucru important: intoxicația cu metale grele provoacă infecții cronice în organism cu levuri, microbi, virusuri şi mycoplasme. Simptomele sunt, în majoritatea cazurilor, provocate de către aceste infecții. **Cea mai mare greşeală pe care o face Medicina astăzi este, să trateze aceste infecții, în loc să fie eliminate mai întâi metalele grele.** Între timp s-a aflat că avem cu toții o gamă variată de neurotoxine în organism şi care au împreună un efect sinergic, adică efectul lor creşte foarte mult când acționează împreună şi nu separat. Cu alte cuvinte, sinergie înseamnă că 1+1 poate fi 1000, ceea ce se întâmplă şi în cazul neurotoxinelor. O dată cu eliminarea mercurului, toate celelate metale grele sunt eliminate împreună cu

el. Neurotoxinele, adică metalele grele, care ajung în sânge, sunt mereu eliminate din ficat, prin bilă, ajungând în intestin. Într-un procent de 100%, ele sunt reabsorbite şi ajung din nou în ficat, iar acest ciclu se repetă la nesfârşit, menținând organismul într-o stare de infecție cronică. Doar prin eliminarea metalelor grele pot fi tratate infecțiile şi are loc vindecarea…

Incidența autismului la copii este în continuă creştere, numărul cazurilor se dublează tot la câțiva ani. Se ştie că la autişti intestinul este puternic afectat. În "spatele" acestei infecții se află un sistem imun alterat din cauza vaccinurilor şi a metalelor grele. Tratamentul este acelaşi: eliminarea metalelor grele şi apoi instituirea unui regim alimentar. Este posibil tratamentul autismului, al epilepsiei şi al tulburărilor de atenție încă din prima lor fază, de debut, cu ajutorul celor trei substanțe: *Chlorella, leurdă şi coriandru.* Mercurul provoacă modificări ale metabolismului lipidic şi leziuni importante ale mielinei (învelişul lipidic la nervilor). Prin ingestia anumitor uleiuri poate fi refăcut sistemul nervos lezat….".

Observație: *Dr. Klinghardt a vindecat 14 copii cu autism şi numeroşi pacienți cu scleroză multiplă, boala Alzheimer şi boala Parkinson, migrene cronice etc.* La ora actuală lucrează cu o echipă de medici în America, unde tratamentul lui a fost adoptat de către mulți alți medici, atât din America, cât şi din Germania şi multe alte țări europene. Nu avem decât de câştigat de pe urma studiilor acestui medic care a experimentat tratamentul pentru prima dată pe el însuşi, reuşind sa se vindece de boli grave neurologice, provocate de o intoxicație cronică cu mercur (din amalgam). Metoda de eliminare a mercurului organic, neurotoxic, din creier şi din întregul organism, o voi descrie în continuare, fiind o noutate în medicină.

Numeroşi alți medici din Occident, vorbesc despre intoxicația cronică cu mercur din plombele cu amalgam, care poate provoca boli neurologice, în special boli autoimune. Efectul mercurului asupra creierului imatur al sugarului este desigur şi mai mare. *Cantitatea de mercur din plombe este mult mai mică decât cea introdusă prin intermediul vaccinurilor*. Grav este faptul că "mercurul intoxică nu doar celulele nervoase, ci toate celulele din organism: muşchi, țesut osos, toate organele. La unii dintre oameni provoacă dureri extrem de mari la nivelul coloanei vertebrale, la alții provoacă migrene, la alții boli autoimune. Testele de sânge nu pot dovedi existența unei intoxicații cu mercur, deoarece acesta se află în țesuturi. Este nevoie de mobilizarea lui din țesuturi şi eliminarea lui prin urină. Pentru asta există teste speciale, precum testul DMPS. Dar Asigurările medicale din Occident, inclusiv OMS, nu recunosc intoxicația cronică cu mercur, deci nici testele." De ce? "Fiindcă fără test nu

există dovezi, iar fără dovezi nu există asigurare medicală – şi implicit plata acestor teste", afirma Dr. Banzhaf, în cadrul unei emisiuni TV din Germania. Pacienții suportă plata testelor DMPS. Dezintoxicarea cu perfuzii cu DMPS se face, de asemenea, pe banii pacienților. Dr. Joachim Mutter (de la Medicina Mediului, Universitatea din Freiburg), la aceeaşi emisiune TV, a răspuns şi el la întrebări legate de intoxicația cronică cu mercur, afirmând că "*mercurul este cel mai toxic element din lume, după substanțele radioactive. Mercurul se difuzează din plombe direct în creier, de unde nu poate fi eliminat. Bolile autoimune pe care le provoacă sunt scleroza multipla, poliartrita reumatoidă, scleroza laterală amiotrofică, boala Crohn ş.a., dar apar şi depresii, tulburări de concentrare, insomnie, infertilitate, migrene etc. Un procent de 70% din aceste boli pot fi tratate prin dezintoxicația cu mercur. Cât despre boala Alzheimer, provocată de mercur, statistica este total inimaginabilă: în Germania, tot al doilea vârstnic care trece de 80 de ani are Alzheimer*[416]!

d) Detoxifierea organismului. Eliminarea mercurului şi a altor metale grele din organism[417]

Eliminarea mercurului din organism a dus întodeauna la ameliorarea simptomelor şi uneori la vindecarea bolilor neurologice. Acest lucru demonstrează, alături de numeroase studii, că mercurul şi alte metale grele stau la originea bolilor cronice grave, cu precădere a bolilor neurologice.

Detoxifierea constă în eliminarea metalelor cu ajutorul unor substanțe care le leagă, numite "chelatoare". Mercurul este principalul metal greu care trebuie legat şi eliminat. *Substanțele chelatoare folosite în trecut, dar şi cele aflate în uz la ora actuală, nu fac altceva decât să disperseze mercurul în organism, fără a-l elimina.* Pentru a evita circuitul inutil, hepato-entero-hepatic a mercurului, *Dr Klinghardt foloseşte o algă, numită Chlorella Pyrenoidosa*, *care leagă metalele grele, inclusiv mercurul, şi le elimină din organism.* Chlorella este o algă a cărei membrană absoarbe, asemenea unui burete, metalele grele, pe care apoi le fixează. Alga fixează toate tipurile de metale, inclusiv Dioxina, aldehida formică şi insecticide, ingerate o dată cu alimentele. O dată fixate de Chlorella, metalele nu mai pot fi reabsorbite la nivel intestinal şi sunt eliminate. Alga conține două componente: una din ele mobilizează metalele din țesuturi, mai ales din celula nervoasă (!), care trec apoi în sânge; cea de-a doua componentă este o membrană care fixează metalele din intestin, ajunse aici din sânge.

---

[416] Interview mit Dr. med. Harald Banzhaf, Umweltmediziner, Bisinger (www.dr-banzhaf.de) über Amalgam und Auswirkungen auf den Organismus, 09.04.2009, http://www.youtube.com/watch?v=T8EGj5wSQ-4&feature=related

[417] Dr. Klinghardt, *op. cit.*, Vortrag 2, April 2003, Germany.

Analizând scaunul eliminat de pacientul care consumă alga (având intoxicație cronică cu metale grele), găsim în el cantități mari de metale grele. Mecanismele prin care alga poate mobiliza metalele din țesuturi, nu sunt cunoscute. Se presupune că prima componentă conține aminoacizi care sunt resorbite în sânge, trec apoi în țesuturi, de unde mobilizează metalele. Cealaltă componentă, membrana, rămâne în intestin, unde fixează metalele ajunse aici din sânge. Dacă administrăm doze mici de Chlorella, riscăm să mobilizăm cantități mai mari de metale decât putem fixa şi elimina. Din acest motiv apar simptome ca: *dureri de cap, grețuri* etc., fiindcă o parte din mercur circulă în sânge, fără să poată fi fixat. Mercurul mobilizat vine în contact cu nervii, provocând dureri. Este motivul pentru care Dr. Klinghardt administrează doze mari de Chlorella, stabilite după anumite criterii stricte. Doar un medic cu experiență (cunoscând şi studiind foarte bine cursurile lui Klinghardt) poate efectua un astfel de tratament. *Înainte de a fi descoperită această algă, nu a existat niciun produs care să mobilizeze mercurul din creier şi orice fel de țesut nervos.* Medicina a folosit până acum o serie de substanțe chelatoare pentru mercur: DMPS, Penicilamina şi DMSA, care sunt nişte aminoacizi sau substanțe chimice ce conțin sulf. Aceste substanțe nu pot mobiliza mercurul din creier, ci doar din alte țesuturi, pe care-l elimină apoi prin rinichi. În trecut se credea că DMSA poate pătrunde în creier şi mobiliza mercurul, dar s-a constatat ulterior că acest lucru nu se întâmplă. D-Penicilamina a fost folosită pentru eliminarea cuprului dar s-a constatat că este foarte toxică şi poate pătrunde doar într-o cantitate foarte mică în creier, insuficientă pentru a mobiliza metalul greu.

Dr. Omura, din New York, a realizat un studiu pe voluntari, cărora le-a injectat o cantitate mică de metale radioactive, care pătrund în creier. A doua zi a observat că la una din persoane se eliminase deja întreaga cantitate de metal din creier, fără ca să-i fi administrat vreun medicament. A aflat apoi că acesta consumase cu o zi înainte o plantă numită coriandru (“pătrunjelul chinezesc”). După luni de studii, efectuate de data aceasta împreună cu Dr. Klinghardt, cei doi medici constată cu surprindere că această plantă are o capacitate extraordinară de a scoate metale grele din creier, ba chiar ajută la “repararea” celulei nervoase şi a nervului lezat, după ce metalul le părăseşte. *Au observat totodată că, o dată ce iese mercurul din nervi, atrage după sine şi celelate metale grele: aluminiu, cupru, zinc, staniu*, dar şi alte substanțe toxice: *dioxina, aldehida formică* etc. Întregul organism este practic “inundat” de aceste substanțe toxice, care nu puteau fi detectate înainte. Cei doi medici (Klinghardt şi Omura) folosesc la ora actuală o tinctură de coriandru, administrând-o împreună cu Chlorella. După ce toxinele ies în sânge, apar

uneori simptome, deoarece la nivel de țesut mercurul vine acum în contact cu SNV (sistemul nervos vegetativ, simpatic şi parasimpatic), provocând dureri de cap, dureri renale, musculare, dar şi alte simptome: diaree, oboseală cronică, tulburări uşoare de vedere (senzația de oboseală). După ce metalele grele ajung în sânge, ele trebuie eliminate din organism. DMPS are această proprietate, fixând metalul, pe care apoi îl elimină prin rinichi. Ceea ce nu poate realiza DMPS este scoaterea mercurului din celula nervoasă. În Germania, calea cea mai des folosită, "elegantă", este administrarea de DMSP, care se poate injecta intramuscular sau intravenos. Dr. Klinghardt a făcut un studiu şi a injectat DMPS (în combinație cu un anestezic) *paraombilical, subcutan*, având în vedere că intestinul este locul unde se adună cea mai mare cantitate de mercur. Metoda este una nouă, dar foarte eficientă, deoarece elimină cantități de metale de sute de ori mai mai mari decât prin perfuzia generală.

Caz clinic: Un medic stomatolog avea tulburări neurologice grave. Dr. Klinghardt i-a administrat DMPS intravenos, dar s-a eliminat o cantitate foarte mică de mercur: 2 micrograme mercur/litru de urină. Atunci a injectat DMPS subcutan, paraombilical, după care a măsurat cantitatea de mercur din urină şi a constat cu mirare că *s-au eliminat 1.500 micrograme (1,5 mg!) mercur/ litru de urină*. Dacă cineva ar bea această cantitate de mercur, spune el, ar muri. Alte avantaje mari ale administrării de DMPS subcutan este doza necesară foarte mică şi faptul că nu este afectat întregul organism. DMPS poate elimina din sânge (nu şi din celulele nervoase!) metale precum mercur, arsen, staniu, cupru. Dr. Klinghardt a realizat un studiu în America, în colaborare cu 1000 de medici, care au folosit DMPS la 15-20 pacienți/zi, şi în decursul celor 3 ani de studiu nu s-a constatat niciun fel de incident. Totul s-a făcut sub stricta lui supraveghere, prin măsurarea periodică a concentrației de metale eliminate prin păr (sunt analizate firele de păr) etc. Este motivul pentru care Dr. Klinghardt a introdus metoda şi în SUA, după ce a acumulat experiență în Germania, unde, spune el, nu se foloseşte întotdeauna în mod eficient şi corect această substanță şi au existat uneori mici incidente. Cu toate acestea, spune Klinghardt, detoxifierea cu DMPS este o metodă excelentă şi trebuie folosită de Medicină. Există şi alte substanțe pe care le foloseşte la detoxifiere cum ar fi *Glutationul*, care este un antioxidant natural şi pe care îl folosesc la ora actuală mulți medici în locul DMPS. *Cu Glutation, Dr. Klinghardt a vindecat cu succes multe cazuri de astm bronşic, tratamentul fiind de 3 săptămâni (prin inhalație). Glutationul fixează mercurul din neuronii de la nivelul plămânului şi-l elimină, vindecând astmul bronşic. Aceasta este*

încă o dovadă clară că şi astmul bronşic este o boală autoimună provocată deseori de intoxicaţia cu mercur, conţinut în vaccinuri.

În urmă cu 200 de ani, nu se ştia încă nimic despre metalele grele. O dată cu dezvoltarea industriei, cu începerea forărilor, au fost scoase la suprafaţă aceste metale în apa mărilor, râuri, lacuri, pânza freatică, alimente, fiind apoi folosite în producerea vaccinurilor, pe post de "adjuvanţi", dar şi la carburanţi etc. Spre exemplu, cantitatea de cadmiu eliminată din gazele de eşapament, este foarte mare. Nu există om, spune Dr. Klinghardt, care să nu fie intoxicat cu cadmiu, doar dacă nu a trecut niciodată pe lângă o maşină. Cadmiul "trăieşte" în măduva osoasă şi intoxicaţia cu cadmiu este una din cauzele leucemiei şi osteoporozei la femei. O alternativă la DMPS este leurda sau "usturoiul sălbatic". Dr. Klinghardt foloseşte *tinctura de leurdă, în combinaţie cu cea de coriandru şi Chlorella, ca şi cel mai simplu tratament de detoxifiere a organismului de metale grele*.

Caz clinic: "O pacientă avea dureri cronice de cap, de 12 ani, denumite «migrene». Cu toate acestea, simptomele nu arătau a fi o migrenă şi i-am administrat 8 picături de coriandru într-o singură doză la cabinetul meu. I-au trecut durerile de tot, după doar o singură doză"[418], spune Dr.Klinghardt. Dr. Omura, care a descoperit acest tratament, l-a folosit în multe cazuri de cancer. Prin mobilizarea mercurului din tumori, sistemul imun se reface şi reuşeşte să învingă boala. Dr. Klinghardt a studiat efectul DMPS pe propria lui persoană, timp de 6 ani, pas cu pas, deoarece nu exista niciun studiu în acest sens. **Aflăm din literatura de specialitate că la ora actuală nu există niciun tratament alopat care să scoată mercurul sau alte metale grele din creier,** ci doar câteva încercări eşuate, folosind DMSA.

Cele trei substanţe folosite de Dr. Klinghardt pentru detoxifiere – Chlorella, leurda şi coriandrul – acţionează sinergic (la fel cum acţionează sinergic şi metalele grele în organism). Este nevoie de un regim bogat în aminoacizi când se face detoxifierea, motiv pentru care, tratamentul la oamenii vegetarieni, poate fi periculos. A fi vegetarian, nu este o soluţie, deoarece toate plantele posedă capacitatea de a absorbi substanţele toxice, inclusiv metalele grele. Dr. Klinghardt spune că toţi cei care au folosit schema lui de tratament au eliminat o cantitate mare de mercur – prin aerul expirat, prin piele, păr, scaun şi urină. Dacă una din cele trei componente ale tratamentului lipseşte, nu se elimină practic nimic! **În efectul lor sinergic constă succesul tratamentului.** După fiecare 6 săptămâni de detoxifiere, Dr. Klinghardt face analize din păr, pentru a vedea cât mercur se elimină. Prin detoxifiere, mercurul

418 *Ibidem*.

este scos din creier, de unde ajunge în sânge şi apoi în păr. Aici, porțiunea de păr de 2,5 cm, măsurată de la rădăcină, corespunde ultimelor 6 săptămâni. Dacă cantitatea de mercur din păr creşte continuu în aceste 6 săptămâni, ştim că tratamentul este eficient.

"*Nu este deloc indicată dezintoxicarea cu terapie prin biorezonanță şi nici tratamente homeopate, respectiv mercur homeopat,* fiindcă mercurul homeopat deschide membranele celulei pentru mercur şi, în loc să iesă mercurul din celulă, se întâmplă fenomenul invers: conform gradientului osmotic, va pătrunde în celulă mercurul, care se află în spațiul extracelular într-o concentrație mult mai mare decât în celulă", afirmă Dr. Klinghardt. El a observat acest fenomen la majortitatea pacienților tratați de către terapeuți homeopați şi cu biorezonanță."[419] (Dr.Klinghardt are competență în homeopatie).

4.) Poziția Medicinei moderne

În România aceste tratamente nu sunt cunoscute şi probabil nu vor fi nici recunoscute în curând, dar nu putem ignora la nesfârşit astfel de succese mari în tratarea bolilor neurologice grave, cum este autismul ş.a., provocate de mercur şi alte metale conținute în vaccinuri, plombe etc. Cât timp însă, în laboratoarele noastre, nu se dozează (!) mercurul din sânge, păr, urină, scaun sau alte produse biologice, nu putem diagnostica o intoxicație cronică cu mercur şi, desigur, nici s-o tratăm. În Germania, aproape că nu există mamă care să nu fi auzit de Chlorella!

Personal, am început studiul unui asemenea tratament de detoxifiere.

Institutul de Medicină din SUA (una dintre cele mai înalte Instanțe Medicale) a recunoscut o posibilă legătură de ordin "biologic" între mercurul din vaccinuri şi tulburările neurologice[420]. Trei ani mai târziu "experții" consideră că nu există o astfel de legătură şi că nu mai este nevoie de alte studii. *Dr. Thomas Burbacher* consideră că este cel puțin ciudată o astfel de atitudine, având în vedere că nu se cunoaşte aproape deloc efectul toxic al Thiomersalului asupra sistemului nervos aflat în stadiu de dezvoltare şi de maturizare. Să nu uităm că este vorba de o substanță toxică care se injectează la milioane de sugari chiar şi la ora actuală! El îşi încheie articolul astfel: *"Metil-mercurul (din alimente) nu este substanța de referință corectă prin care se poate studia şi cunoaşte efectul toxic al mercurului asupra sistemului nervos uman"*[421]. *Ar trebui folosit etil-mercurul din vaccinuri…*

---

[419] *Ibidem*.

[420] Institute of Medicine, Immunization Safety Review-Thiomerosal-containing vaccines and neuro-devolepmental disorders, *The National Academy of Sciences*, 2001.

[421] B. Ehgartner, *op. cit*., 187.

Astfel de voci au rămas în minoritate. Cele mai multe studii epidemiologice în acest sens s-au făcut în Danemarca, unde s-a interzis folosirea Thiomersalului la fabricarea vaccinurilor încă din anul 1992[422].

Renunțarea la vaccinuri cu Thiomersal, dar nu de tot…

După ce a fost făcută publică descoperirea, în urma unui control de rutină, că există un exces de mercur în organismul sugarilor care au primit vaccinuri ce conțin Thiomersal, oficialitățile au reacționat, în sfârşit, şi au pus la dispoziție bani suficienți pentru a studia mercurul cu care s-au vaccinat până acum sugarii şi ce efect a avut asupra sănătății lor. Studiile lui Burbacher, care datează încă din 2005, sunt luate în considerare doar acum. Ca urmare, OMS interzice de acum încolo folosirea Thiomersal-ului la fabricarea vaccinurilor, dar numai în țările industrializate, pe când în țările în curs de dezvoltate, îl recomandă în continuare[423]!

Situația în care se afla OMS nu era una tocmai comodă. Trebuia să aleagă. Pe de o parte, creştea numărul de asociații de părinți cu copii autişti care acuzau producătorii de vaccinuri de greşelile lor fatale (era de înțeles că va fi vorba de sume mari legate de procese iminente), iar pe de altă parte, Industria Farmaceutică amenința că se va retrage de tot din producția de vaccinuri dacă nu va fi apărată de Lege. *În aceeaşi situație era şi Ştiința Medicală. Era însă imposibil să te întorci în trecut şi să recunoşti că Medicina a greşit atâta timp…* Un nou studiu despre legătura dintre mercur şi tulburările nervoase trebuia, deci, evitat. De aceea există acest compromis de a produce în continuare vaccinuri cu Thiomersal, dar numai pentru anumite țări…[424]

În România, vaccinurile antitetanos, antihepatitic A şi B, conțin mercur organic, neurotoxic. Vaccinul antitetanos, administrat femeilor gravide în luna a 7-a de sarcină, conține aluminiu. Se ştie că metalele trec prin placentă, putând provoca la făt numeroase boli renale (malformații sau boli autoimune) şi boli neurologice. Vaccinul antihepatitic B este un vaccin "obligatoriu" şi se administrează sugarului imediat după naştere. *Vaccinurile antigripale* conțin de asememnea astfel de metale toxice.

B) Aluminiul, "micul secret murdar" al imunologilor (*dirty little secret*)

Dacă în cazul mercurului se ştia cu siguranță că era folosit în vaccinuri drept conservant, tocmai datorită toxicității lui, iar în cazul unei contaminări cu bacterii sau ciuperci, trebuia de la bun început să "le taie pofta", adică să

[422] K. M. Madsen et al., "Thiomersal and the occurrence of autism: Negative ecological evidence from Danish population-based data", *Pediatrics* 2003;112:604-606.

[423] B. Ehgartner, *op. cit.,* 189

[424] *Ibidem*, 191-192.

le distrugă, nu acelaşi lucru se poate spune despre aluminiu care este *“un metal ce se găseşte în 2/3 din toate vaccinurile de pe piață şi despre efectul căruia nu se ştie practic nimic, dar fără de care vaccinul pur şi simplu nu funcționează”*[425]. Charles Laneway Jr., imunolog la Universitatea Yale de la New Haven, denumeşte aluminiul, din aceste motive, drept *“dirty little secret” (micul secret murdar) al imunologilor* [426].

Deşi aluminiul este un metal “uşor”, din cauza toxicității lui, dar şi a înlesnirii explicațiilor din carte, el este încadrat. împreună cu mercurul si alte metale, în categoria “metalelor grele”.

Folosirea aluminiului drept adjuvant (de la latinescul *adjuvare* = a sprijini) în vaccinuri are un istoric la fel de lung ca şi mercurul. În anul 1931, *Alexander Thomas Glenny* publica deja descoperirea noului vaccin antidifteric, pentru care a folosit aluminiu drept adjuvant. Cu toate că a trecut atâta timp de când este utilizat acest metal toxic la fabricarea vaccinurilor, *nu se cunoaşte încă mecanismul lui de acțiune*[427].

În anul 2006, apare pentru prima dată un articol scris de către imunologul scoțian James M. Brewer, intitulat ”*Cum funcționează adjuvanții din aluminiu?”*[428]. În articol, el îşi exprimă mirarea că, *deşi aluminiul este folosit de peste 70 de ani ca adjuvant, nu se cunoaşte aproape nimic despre reacția chimică dintre acesta şi antigenul din vaccinuri şi nu există nici studii legate de efectul biologic al aluminiului în organism.* Singurul lucru cunoscut este că, în mod sigur, el creşte răspunsul imun al organismului față de antigenul din vaccin. Acest lucru se realizează prin mai multe mecanisme: *“În primul rând, antigenul se leagă de adjuvant şi este blocat în felul acesta prin efectul de depozit. De aici, antigenul se eliberează încet şi în felul acesta, un număr mai mare de celule imune vine în contact cu antigenul, răspunsul imun fiind mai amplu (prin intermediul macrofagelor, celulelor dendritice şi a limfocitelor)”*[429]. Rolul folosirii adjuvantului este de a amplifica efectul imun împotriva antigenului, fără a induce însă şi o reacție imună împotriva lui însuşi. După aceea adjuvantul ar trebui să fie eliminat din organism. Până aici este teorie… Dar experiența arată că, până la ora actuală, s-au folosit aproape în exclusivitate săruri anorganice, greu dizolvabile, care eliberează destul de greu antigenul. *Cele mai folosite sunt sărurile de aluminiu: fosfat de aluminiu şi hidroxid de aluminiu.* “Avantajul” aluminiului (spune medicina) este că favorizează o producție mare de anticorpi, deci imunitatea umora-

[425] *Ibidem*, 192-193.

[426] Charles Janeway Jr., *“Approaching the asymptote Evolution and revolution in immunology”*, *Cold Spring Harb Symp Quant Biol* 1998; 54 Pt 1:1-13.

[427] B. Ehgartner, *op. cit*., 193.

[428] James M. Brewer *“(How) do aluminium-adjuvants work?”*, *Immunology Letters* 2006; 102:10-15.

[429] B. Ehgarnter, *op. cit*., 193.

lă (Th2, formatoare de anticorpi), dar nu şi imunitatea celulară (Th1, cu implicarea limfocitelor T). Există vaccinuri care nu necesită adjuvanţi, cum ar fi vaccinurile cu virusuri vii (*antirujeolic* etc), deoarece au suficientă "putere" ca să inducă o imunitate. Virusurile vii sunt deci propriii lor adjuvanţi. Dar nici vaccinurile cu virusuri omorâte nu necesită de obicei adjuvanţi, putând induce formarea de anticorpi (ceea ce nu înseamnă neapărat şi imunizare). În schimb, vaccinurile care conţin doar "particule dintr-o bacterie" sau "proteine antigenice de suprafaţă" nu pot induce un titru suficient de anticorpi şi necesită folosirea adjuvanţilor, respectiv a sărurilor de aluminiu.

Care este acţiunea sărurilor de aluminiu?

Sărurile de aluminiu *provoacă o infecţie la locul injecţiei* care va fi un semnal de alarmă pentru sistemul imun. Sistemul nostru imun reacţionează uneori într-un mod cu totul neaşteptat, cum nu şi-l doresc imunologii. *Este ştiut faptul că aluminiul provoacă deseori reacţii alergice şi chiar boli autoimune.* Nu sunt de neglijat nici reacţiile locale, provocate de aluminiu, fiind uneori foarte greu vindecabile. Sărurile de aluminiu se dizolvă greu, rămânând o iritaţie locală care provoacă mult timp dureri la locul injecţiei. Cu toate acestea, imunologii nu au găsit nici până la ora actuală o alternativă mai bună pentru aluminiu. O alternativă ar fi doar mercurul, un alt impediment… De aceea instituţiile oficiale preferă să nu facă studii care să descopere adevăratele efecte ale aluminiului asupra organismului. Producătorii de vaccinuri sunt cu atât mai puţin interesaţi să iniţieze astfel de studii, periclitându-şi vânzarea produselor atât de profitabile[430].

Yehuda Shoenfeld, de la Centrul de Boli autoimune de la Universitatea din Tel Aviv, a publicat o serie de lucrări legate de cauzele acestor boli şi a organizat un Congres în 2006, la care s-a luat în discuţie şi potenţialul risc al vaccinurilor. El a prezentat modalităţile prin care vaccinurile pot provoca o autoagresiune şi în consecinţă boli autoimune[431]. În centru se află un mecanism (amintiti şi în cap. 1), denumit "mimare moleculară": molecule aflate la suprafaţa antigenelor seamănă sau pot fi chiar identice cu molecule proprii organismului. Poate fi o tactică a antigenului, dar poate fi şi o pură întâmplare. Ea devine însă o problemă atunci când sistemul nostru imun reacţionează şi atacă celulele proprii. Aşa se dezvoltă boala autoimună. Aici intră uneori în acţiune şi aluminiul, care păcăleşte sistemul imun şi orien-

[430] *Ibidem*, 194.

[431] Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, *"Vaccination may be associated with autoimmune diseases"*, *IMAj* 2004;6:430-432, şi Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, *"Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity"*, 2005; 38(3):235-245.

tează celulele imune către nişte proteine proprii ale organismului (self), care nu sunt de pe suprafața unor antigene (virus, bacterie) din vaccinuri. Atunci apare pericolul ca celulele imune să reacționeze împotriva propriilor celule. Un exemplu concret: un grup de cercetători de la Universitatea pentru Cercetare Vancouver din Canada au studiat efectul adjuvanților din vaccinuri pe cobai[432]. Studiul s-a realizat în special pentru a căuta cauzele bolii, care a fost denumită apoi *"Sindromul războiului din Golf"*, de care au suferit mii de soldați care au luptat în primul război din Golf (1990-1991). *"Cauza suferinței nu erau nici armele cu Uraniu folosite la război şi nici gazele neurotoxice din Irak, ci programul foarte sofisticat de vaccinare aplicat acestor soldați înainte de plecarea lor în Golf. Una din dovezi a fost apariția sindromului, atât la soldații plecați în Golf cât şi la cei care nu au mai plecat la război şi au rămas acasă, dar care au fost cu toții vaccinați. Cele mai grave simptome au fost cele nervoase, cu leziuni neuro-musculare importante (ex. Sindromul Lou Gehrings = A.L.S.) Soldații francezi, nefiind tratați cu astfel de vaccinuri, nu au suferit de Sindromul Războiului din Golf"*[433]. Oamenii de ştiință din Canada au studiat atunci efectul aluminiului conținut în aceste vaccinuri pe două loturi de cobai: la primul lot s-a injectat o cantitate de aluminiu identică, raportată desigur la greutatea lor, iar la cel de-al doilea lot (martor) s-a injectat o soluție apoasă, neutră. S-a observat o diferență esențială în ceea ce priveşte forța musculară, ea fiind scăzută la jumătate, la cobaii vaccinati cu aluminiu. De asemenea s-a mai observat şi o scădere accentuată a memoriei la aceşti cobai. "La analiza celulelor nervoase din creier şi măduva spinării, s-a constatat un adevărat dezastru. *În centrele nervoase din creier, care au un rol esențial în coordonarea mişcărilor şi în controlul muscular,* ***au murit un procent de până la 35% dintre neuroni****, iar un alt număr mare de neuroni din creier şi măduva spinării erau pe cale de distrugere…Hidroxidul de aluminiu a provocat tulburări de mers şi de comportament, observându-se prezența unui număr mare de neuroni aflați în apoptoză (stadiul premergător morții) în diferite regiuni ale sistemului nervos central şi un mare număr de neuroni motori distruşi din măduva spinării"*[434]. Oamenii de ştiință canadieni au prezentat cu această ocazie şi multe alte studii făcute pe oameni şi animale, care arată efectul dezastruos al sărurilor de aluminiu pentru sănătatea omului, prin activarea nu doar a bolilor nervoase, ci şi a bolilor autoimune

[432] M. S. Petrik et al., *"Aluminium adjuvant linked to gulf war illness induces motor neuron death in mice"*, *Neuromolecular Med* 2007; 9 (1): 83-100.

[433] B. Ehgartner, *op. cit*., 197.

[434] *Ibidem*, 198.

şi a diferitelor alergii. Ei atenţionează mai ales asupra pericolului pe care îl reprezintă aluminiul din vaccinuri pentru sugari: *"Utilizarea în continuare a adjuvanţilor cu aluminiu în diferite vaccinuri (hepatitic A şi B, DTP = diftero-tetano-pertussis etc.) va putea avea repercusiuni grave pentru sănătatea copiilor pentru un timp îndelungat. Până nu se vor face studii despre siguranţa vaccinurilor, şi anume studii de control pentru o perioadă lungă în care să se studieze efectul lor asupra sistemului nervos, mulţi dintre cei vaccinaţi se vor putea îmbolnăvi".*

*Se pune inevitabil întrebarea dacă riscul vaccinurilor nu este cu mult mai mare decât boala care trebuie prevenită***.** Din păcate, afirmă oamenii de ştiinţă canadieni, ei nu au primit nici o cerere legată de astfel de studii de la producătorii de vaccinuri sau alte firme farmaceutice. Studiile lor au fost finanţate de către două firme particulare de cercetare din Canada[435]. Aşa cum am văzut la mercur, la fel se întâmplă şi cu aluminiul când intră în nervi: va provoca distrugerea lor, motiv pentru care celulele analizate se află în faza de "apoptoză", adică în faza de dinaintea morţii lor. Se ştie că acumularea de aluminiu în organism este corelată cu apariţia demenţei Alzheimer,[436] având însă un rol secundar. Intoxicaţia cu mercur rămâne principala cauză a bolii Alzheimer.

C) Adjuvanţi noi

Cei mai mulţi adjuvanţi noi, incluzând **MF59, ISCOMS, OS21, AS02** şi **AS04**, sunt mai toxici decât hidroxidul de aluminiu.

Care este motivul introducerii de noi adjuvanţi?

Imunologii au realizat faptul că stimularea imunităţii umorale, formatoare de anticorpi, nu este poate atât de importantă ca şi stimularea imunităţii celulare. Spre deosebire de "adjuvanţii vechi", cei noi nu stimulează doar imunitatea umorală (Th2, care atacă microbii din sânge), ci şi imunitatea celulară (Th1, care atacă celulele modificate, îmbolnăvite). Celulele imune din ultima categorie (Th1) atacă orice fel de celulă care nu poate dovedi, cu ajutorul proteinelor de înveliş, că este proprie organismului (*self*) sau care dă semnale că produce proteine străine, împotriva organismului. Ca urmare, vor avea loc reacţii exagerate, autoimune, cu formare de autoanticorpi şi, în final, cu apariţia bolilor autoimune[437]. Grav este faptul că riscurile la care este expus organismul uman din cauza noilor adjuvanţi nu este încă bine cunoscut. Studiile sunt insuficiente şi inexacte. Cu toate că imunitatea este stimulată doar

[435] *Ibidem*, 198-199.
[436] *Ibidem*..
[437] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, emuVerlag, 6. Auflage 2010, 304.

cu ajutorul acestor adjuvanți, *experții nu au putut dovedi faptul că anticorpii atacă doar antigenele (virale/bacteriene) şi nu atacă si adjuvanții legați de aceste antigene, sau chiar celulele proprii organismului.* Se pune întrebarea: "Ce speficitate au anticorpii pentru diferiți agenți patogeni, respectiv pentru diferite boli? Se pare ca este suficient să injectăm adjuvanți vechi (hidroxid de aluminiu) sau o emulsie uleioasă cu Sqalena, pentru a obține toate tipurile posibile de anticorpi"[438].

Fătul este şi el un corp străin, ***non-self****, pentru sistemul imun***,** dar în mod normal, el nu este atacat, deoarece imunitatea celulară a mamei este redusă mult în timpul sarcinii ("toleranță imunologică"). *Adjuvanții noi din vaccinuri "distrug" această toleranță imunologică* şi fătul poate fi respins de către organismul mamei şi avortat[439,440].

1. Adjuvantul MF59 "*a fost sintetizat în 1990, de către Compania farmaceutică Ciba-Geigy, care aparține la ora actuală Concernului Farmaceutic Novartis. MF59 este o emulsie uleioasă care conține Squalena, Polisorbat (Tween 80) şi Sorbitantrioleat (Span 85)"*[441]. Studiile efectuate pe şoareci au arătat că adjuvanții uleioşi induc probleme motorii şi paralizii[442]**.**

În literatura medicală găsim numeroase cazuri de boli autoimune care afectează vasele sanguine şi rinichii – vasculite –, puse pe seama unor componente din vaccinul antigripal (Yanau-Berar 2002, Tavadia 2003) [443]; adjuvantul MF59, conținut în vaccinul antigripal, poate induce lupusul eritematos (Satos 2003)[444]. Numeroase alte complicații nervoase sunt puse pe seama vaccinului antigripal: la gravide, aşa cum amintit naterior, stimulează imunitatea celulară TH1 prin care va fi respins fătul şi avortat. S-au şi întâmplat astfel de avorturi spontane. Sqalena este un astfel de adjuvant[445].

2. Adjuvantul ASO3 este prescurtarea "Adjuvantului System 03", produs de către Compania Farmaceutică GlaxoSmithKline, şi este o emulsie uleioasă. O doză de 0,5 ml de vaccin pandemic Pandemrix, conține 10, 69 mg **Sqalena,** 11,86 mg vitamina E şi 4,86 mg emulgator **Polisorbat (Tween 80)**[446]. S-a dovedit că Squalena a cauzat *numeroase boli autoimune* şi *"Sin-*

---

[438] http://www.impfkritik.de/adjuvans/

[439] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *op. cit*., 2010, 305-307.

[440] http://www.impfkritik.de/adjuvans/

[441] *Ibidem.*

[442] *Ibidem.*

[443] T. Engelbrecht, C. Köhnlein, *op. cit*., 305.

[444] *Ibidem.*

[445] http://www.youtube.com/watch?v=AAvAPbdkkBU

[446] T. Engelbrecht, C. Köhnlein, *op. cit*., 303.

dromul Războiului din Golf”[447]. Adjuvanţii Scalena şi Tween80 provoacă şi *infertilitate la animale*[448,449], *iar Tween 80 este cancerigen şi mutagen, prin producerea de mutaţii genetice.*

3. Borat de sodiu

Institutul Naţional pentru Sănătate al Americii consideră această substanţă o otravă periculoasă. Ea a fost folosită în trecut pentru dezinfecţie, până când a survenit moartea persoanelor care intrau în contact cu substanţa. Efectele adverse ale sodiului borat sunt: *starea de vomă, diareea, urticarea, problemele respiratorii, dureri de cap şi insomnii, febră, scăderea tensiunii, scăderea urinării, spasme ale muşchilor faciali, tremur al mâinilor şi picioarelor, stare de confuzie mentală, convulsii şi comă.* Efectele pe termen lung nu sunt cunoscute, deoarece până de curând sodium borat era considerat suficient de otrăvitor ca să se mai pună problema folosirii lui în alimentaţie sau în industria farmaceutică[450].

Concluzie: *adjuvanţii din vaccinuri, cu precădere cele care conţin metale grele, sunt responsabili de complicaţiile grave postvaccinale, nu doar acute, ci mai ales cronice, autoimune, maligne etc., care pot debuta la orice vârstă (vârsta preşcolară, şcolară şi mai ales în adolescenţă, când au loc modificări hormonale importante în organism, cu implicarea sistemului imun), când nimeni nu mai este interesat să acepte sau să recunoască legătura lor cu vaccinurile “obligatorii” din copilărie.*

REPERE BIBLIOGRAFICE
Capitolul 3

1. Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lűbbe Taschenbuch Verlag, 2008, Germany
2. Mihaela Stoica , *Adevărul*, 22 nov 2010: “*Am ajuns să avem până la 10 cazuri noi de autism pe săptămână. Este o nenorocire!”* http://www.psihologiaonline.ro/component/fireboard/?func=view&catid=23&id=998&start=84
3. http://www.gandul.info/news/peste-un-milion-de-romani-sufera-de-o-boala-rara-75-dintre-acestia-sunt-copii-9351697

---

[447] *How to stop bir flu instead of the vaccine-antiviral model”*, Science in Society 35. 40-42, 2007, şi *“Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome”*, Chiroweb.com, June 12, 2000. http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730

[448] http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php şi http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility

[449] http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm

[450] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, EmuVerlag, 6. Auflage 2010, 310.

4. Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală,* Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2005
5. Lista definițiilor RAPI – reacții adverse postvaccinale. http://www.amfms.ro/din_presa/627.html
6. Calendarul național de vaccinare din România – Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010. http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view
7. Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar. http://www.amazon.de/dp/3777310670/ref=nosim/?tag=yasni-21
8. Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch fűr die individuelle Impfentscheidung,* MensSana Verlag, 2008, Germany
9. K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg.), *Adverse Events Associated with childhood vaccines.* Evidence Bearing on Causality. Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine. National Academy Press Washington D.C., 1994
10. Victor Cristea, Mircea Mițariu, Monica Crişan, *Imunologie Genrală şi Oro-facială*, Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2011 (ed. a II-a)
11. Graham A. Rook "*Educating the Immune System*", *Science & Medicine* 1999; Volume 6 Number 4: 54-63 .http://www.sciandmed.com/sm/journalviewer.aspx?issue=1043&article=588
12. F.Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure, J. Levy, C. Locht, *"Modulation of the infant immune responses by the first pertussis vaccine administrations"*, *Vaccine,* 2007 Jan 4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17116347
13. H. Odelram, M. Granstrom, S. Hedenskog, K. Duchen, B. Bjorksten, *"Immunoglobulin E and G responses to pertussis toxin after booster immunization in relation to atopy, local reactions and aluminium content of the vaccines"*, *Pediatric Allergy and Immunology,* 1994
14. F. Imani, K. E. Kehoe, *"Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching"*, *Clin Immunol*. 2001 Sep.(Division of Clinical Immunology, Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Asthma and Allergy Center, 5501 Hopkins Bayview Circle, Baltimore, Maryland 21224, USA). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513549
15. R. K. Gupta, B. E. Rost, E. Relyveld, G. R. Siber, *"Adjuvant properties of aluminium and calcium compounds"*, *Pharm Biotechnol 1995.* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7551219
16. J. M. Brewer, M. Conacher, C. A. Hunter, M. Mohrs, F. Brombacher, J. Alexander, *"Aluminium hydroxide adjuvant initiates strong antigen-specific Th2 responses in the absence of IL-4-or IL-13-mediated signaling"*, *J Immunol*. 1999. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10586035
17. R. M. Bernsen, J. C. Van der Wouden, *"Letters: Is childhood immunization associated with atopic disease from age 7 to 32 years?"*, *Thorax* 2007.http://thorax.bmj.com/content/62/10/925.2.extract

18. K. L. Mc Donald, S. I. Huq, L. M Lix et al., *"Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma"*, *J Allergy Clin. Immunol*. 2008 Mar. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207561
19. R. Enriquez, W. Addington, F. Davis, S. Freels et al., *"The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children"*, *J Allergy Clin Immunol*. 2005 Apr. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674905000266
20. E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, *"Effects of dyphteria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States"*, *J Manipulative Physiol*. *Therap.* Feb 2000
21. P. Cortiel, *Fragebogen zu meinem ungeimpften Kind-Auswertung*, 5.6.2004.www.impf-portal.de/aktuell/fragebo/fraboaus10.doc
22. Harris L. Coulter, *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele*. *Vorwort und Anhang fűr die deutsche Ausgabe von Dr. med. Gerhard Buchwald*, 5. Auflage 2004, Hirthammer Verlag, Germany. Autorisierte Übersetzung : Dr.Konrad Dietzfelbinger
23. Harris Coulter (orig.), "*Vaccination. Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain"*, North Atlantic Books Berkeley, California. Center for Empirical Medicine Washington D.C.*,* 1990.
24. Dr. rer. nat. Sabine Paul, "*Möglichkeiten der differenzierten Ursachensuche fűr eine nachteilige Therapie*" http://www.yorktest.ro/pdf/24-neurodermitis.pdf.
25. Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. *Vortrag 2 : Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit.* Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html
26. M. Geormăneanu, I. Gheorghina, *Imunitatea şi Bolile Imunitare la copii*, Editura Medicală, Bucureşti, 1983
27. Dr. Ing. Joachim-F. Grätz, *Encephalopathie – Unabdingbare Folgen von Impfungen,* Tisani Verlag, Germany . http://www.tisani-verlag.de/Encephalopathie.pdf
28. WHO: "*Help our children breathe-first world asthma day launched.*", *WHO* 1998 b. Press release 92. http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-92.html
29. Ulrich Bahnsen, *"Die Angst vor der Dunkelheit"*, *Die Zeit* 22/2004, Germany
30. Jean-François Bach, M.D., D. Sc., *"The Effect of Infections on Susceptibility to Autoimmmune and Allergic Disease (Review)", The New England Journal of Medicine,* 2002. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra020100
31. H. Brandis, H. J. Eggers, W. Köhler, *Medizinische Mikrobiologie*, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart.7.Auflage 1994.
32. A. Burton, S. Waisbren, "*Acquired autoimmunity after viral vaccination is caused by molecular mimicry and antigen complimentarity in the presence of an immunologic adjuvant and specific HLA patterns"*, *Medical Hypotheses* 2008
33. J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., "*Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children"*, *Ann NY Acad Sci* 2003. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14679101
34. M. Montinari, *"Role of immunogenetics in the Diagnosis of Postvaccinal CNS Pathology"* ,Presentation in Neapel, 9.5.1996, to the Associazione per la Libera Universita Internationale di Medicina Omeopatica, Samuel Hahnemann(LUIMO). http://www.trufax.org/vaccine/coulter3html

35. J. Bradstreet, *"Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorders"*, Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. *The National Academics of Science*, 9. 2.2004. http://www.nationalautismaassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf
36. T. G. Kimman, *"Risks connected with the use of conventional and genetically engineered vaccines"*, *Veterinary Quarterly*, 1992. http://ourworld.compuserve.com/homepages/POSchneider/Links/impfungen.pdf
37. M. Satoh,Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney et al., *"Induction of lupus autoantibodies by adjuvants. (MF59)"*, *J Autoimmun* 2003. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892730
38. G. Ravel, M. Christ, F. Horand, J. Descotes, *"Autoimmunity, environmental exposure and vaccination:is there a link?"*, *Toxicology* 2004
39. S. Havarinasab, P. Hultman et.al., *"Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice"*, *Toxicol Appl Pharmacol* 2005 Apr 15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808517
40. H. Reiber, B. Davey, *"Desert–storm-syndrome and immunization"*, *Arch Internal Med* 1996
41. L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile digestive hepatice şi pancreatice,* vol. 3, Editura Medicală, Bucureşti, 1999
42. L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile cardiovasculare şi metabolice.* vol. 2, Editura Medicală Bucureşti, 1998
43. J. Barthelow Classen, MD, *"Diabetes epidemic foolows hepatitis B immunization program"*, *New Zealand Medical Journal* 1996.
44. K. Poutasi, *"Immunization and diabetes"*, *N. Zealand Medical Journal* 1996
45. M. Dokheel Thomader, *"An epidemic of chidhood diabetes in the United States?"*, *Diabetes Care* 1993. http://care.diabetesjournals.org/content/16/12/1606.full.pdf
46. S. G. Gardner et al., *"Rising incidence of insuline dependent diabetes in children under 5 years in Oxfrod region : time trend analysis"*, *BMJ* 1997. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9314756
47. J. B. Classen, D. C. Classen, *"Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals"*, *J Ped Endocrinol Metab 2003* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12793601
48. Gherasim, L., *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator şi locomotor,* vol. 1., Editura Medicală, Bucureşti, 1998
49. Vitiligo. http://www.paginamedicala.ro/boli-afectiuni/Vitiligo_219/
50. Vitiligo – ce este şi cum se tratează, http://www.eva.ro/sanatate/medicina-generala/vitiligo-ce-este-si-cum-se-trateaza-articol-12828.html
51. http://www.vitiligo.ro/info/cauzele-vitiligo
52. http://f3.webmart.de/f.cfm?id=357215&r=threadview&t=2076445&pg=1
53. Arznei-Telegramm (AT), Nr.12/2001 ; Nr 4/1997
54. Dr. med. Georg Kneissl, "*Hat Impfen Sinn*?", 16 Juli, 2009, Stuttgart, http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium)
55. M. A.. Hernan, S. S. Jick, M. J. Olek, H. Jick, *"Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study"*, *Neurology* 2004

56. Theodor Quast, " *Impfungen und Impffolgen*". http://www.med.uni-muenchen.de/fachschaft/homeopathy/
57. R. K. Gherardi, M. Coquet, P. Cherin, F. J. Authier et.al., *"Macrophagic myofasciitis (MMF): an emerging entity"*, *Lancet* 1998
58. http://vaccinesafetyconference.com/pdf/Gherardi/Gherardi_PPT.pdf
59. R. K. Gherardi, *"Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant –realated syndrome"*, *Rev. Neurol* 2003
60. F. L. Authier, P. Cherin et al., *"Central nervous system disease in patients with macrophagic myiofasciitis"*, *Brain 2001 Mai.* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335699
61. A. G. Lacson, C. A. D'Cruz, E. Gilebert-Barness, L. Sharer, S. Jacinto, R. Cuenca, *"Aluminium phagocitosis in quadriceps muscle following vaccination in children : relationship to macrophagic myofasciitis", Pediatr Dev Pathol* 2002
62. A. DiMuzio, M. Capasso, A. Verrotti, D. Trotta, S. Lupo et al., *"Macrophagic myofasciitis :an infantile Italian case"*, *Neuromuscul Disord*, 2004
63. Kanner, Leo, "Autistic Disturbances of Affective Contact." *The Nervous Child II* (1942-1943). http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1951.html
64. Leo Kanner, *"Early Infantile Autism"*, *J Pediatrics* 25, no. 3, 1944 (DOI: 10.1016/S0022-3476(44)80156-1)
65. P. Margaret, *"The National Society for Autistic Children in Britain"*, *J. Autism* 3; 1973
66. Harris L. Coulter and Barbara L. Fisher, *DTP: A Shot in the Dark*, New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1985
67. Leo Kanner, "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies*?",* în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1954), being Vol. 33 of the *Proceedings* of the Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1954
68. Mary Coleman, *The Autistic Syndromes*, Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1976
69. American Psychiatric Association, 1987. Figures also supplied by National Society of Autistic Children and Adults
70. Leon Eisenberg*,"The Autistic Child in Adolescence"*, *A. J. Psychiatry* 112, January-June, 1956
71. J. R Bemporad, *"Adult Recollections of a Formerly Autistic Child."*, *J. Autism* 9:2, 1979. http://lib.bioinfo.pl/pmid:479101
72. Donald J. Cohen, *"The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome"*, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3 , December 1980
73. Fred R. Volkmar and Donald J. Cohen, *"The Experience of Infantile Autism: A First-Person Account by Tony W."*, *J. Autism 15*: 1 ; 1985
74. Bernard Rimland, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New-York , Appleton Century Crofts, 1964. http://garfield.library.upenn.edu/classics1981/A1981LQ21000001.pdf
75. W. and M. DeMeyer, *"Infantile Autism"*, *Neurologic Clinics* 2:1 ;1984
76. Edward Ritvo and B. J. Freeman, *"A Medical Model of Autism: Etiology, Pathology, and Treatment"*, *Pediatric Annals* 13:4 (1984)
77. Nikolaas Tinbergen, *"Ethiology and Stress Diseases", Science* July 5, 1974

78. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoreders*, Third Edition, Washington D.C., 1980
79. W. and M. DeMeyer, *"Infantile Autism"*, *Neurologic Clinics* 2:1 (1984)
80. R. Schain and H. Yannet, *"Infantile Autism: An Analysis of 50 Cases and a Consideration of Certain Relevant Neurophysiologic Concepts", J.Pediatrics 57* :4 ;1960
81. L. Wolf and B. Goldberg, *"Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study"*, *Canadian J. Psychiatry 31* , 1986
82. E. M. Ornitz and E. R. Ritvo, *"The Syndrome of Autism: A Critical Review"*, *A. J. Psychiatry* 133:6 June 1976.
83. Mary Stewart Goodwin and W. Campbell, *"In a Dark Mirror", Mental Hygiene* 53:4 (Oktober 1969)
84. D. Withehouse and J. C. Harris, *"Hyperlexia in Infantile Autism"*, *J. Autism* 13:3 (1984)
85. Isaac W.Karlin, *"Congenital Verbal-Auditory Agnosia"*, *Pediatrics* 7 (1951)
86. M. Rutter, *"Childhood Schizophrenia Reconsidered"*, *J. Autism*, 1972
87. Leo Kanner and Leon Eisenberg, *"Early Infantile Autism: 1943-1955"*, *Psychiatric Research Reports* 7, 1957
88. George M. Realmuto and Bart.Main, *"Coincidence of Tourette's Disorder and Infantile Autism"*, *J. Autism*, 1982.
89. Junko Komoto and J. Hirata, *"Infantile Autism and Affective Disorder"*, *J. Autism*, 1984
90. Mary. Coleman, *"New Research Findings and Concepts in Autism"*, în *Proceedings,* Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children. Washington D.C., 1980
91. H. Gastaut, B. Zifkin and M. Rufo, *"Compulsive Respiratory Stereotypies in Children with Autistic Features: Polygraphic Recording and Treatment with fenfluramine"*, *J. Autism* , 1987
92. Ruth Christ Sullivan, *"The Burn-Out Syndrome"*, *J. Autism* 9:1, 1975
93. Philip. I. Markowitz, *"Autism in a Child with Congenital Cytomegalovirus Infection"*, *J. Autism* 13:3, 1983
94. Barbara J. Betz, *"A Study of Tactics for Resolving the Autistic Barrier in the Psychoterapy of the Schizophrenic Personality"*, *A. J. Psychiatry* 104, 1947
95. Albert C. Sherwin, *"Reactions to Music of Autistic (Schizophrenic) Children"*, *A. J. Psychiatry* 109, 1953
96. Christopher Gillberg, *"Are Autism and Anorexia Nervosa Related?"*, *B. J. Psychiatry 143*, April, 1983
97. C. Gillberg, *"Autism and Anorexia Nervosa: Related Conditions?"*, *Nord. Psychiatry Tidsskr*. 39, 1985
98. S.S Mnukhin. and D. N. Isaev, *"On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy"*, *J. Autism* 5, 1975
99. Christopher Gillberg and S. Steffenburg, *"Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions: A Population–Based Study of 46 Cases Followed Through Puberty"*, *J. Autism* 17:2, 1987
100. Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan, *"Malabsorption and Cerebral Dysfunction:A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children"*, *J. Autism* 1, 1971

101. Ruth Christ Sullivan, *"Hunches on Some Biological Factors in Autism"*, *J. Autism* 5:2, 1975
102. Norman Geschwind and Peter Behan, *"Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder"*, *Proc. National Academy of Sciences USA 79*, August, 1982.
103. Gina Kolata, *"Math Genius May Have Hormonal Basis"*, *Science 222*, December 23, 1983
104. Leo Kanner, *"Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943"*, *J. Autism* 1, 1971
105. Nikolaas. Tinbergen, *"Ethology and Stress Diseases"*, *Science*, July 5, 1974
106. Eric Schopler and M. Rutter, *"Editorial :Change of Lournal Scope and Title"* , *J. Autism* 9:1, 1979
107. Bruce Hetzler and Judith Griffin, *"Infantile Autism and the Temporal Lobe of the Brain"*, *J. Autism* 11:3, 1981
108. Deborah Fejn, B. Skoff, and A. F.Mirsky, *"Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children"*, J. *Autism* 11:3, 1981
109. Richard J. Reichler, *"Diagnosis and its Implications*", *Proceedings,* 1980 Annual Meeting and conference of the National Society for Autistic Children. Washington D.C., 1980
110. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition–Revised, Washington D.C., 1987
111. M. Rutter and Eric Schopler, *"Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues"*, *J. Autism* 17:2, 1987
112. M. Y. Segawa Nomura and M. Hasegawa, *"Rett Syndrome-Clinical Studies and Pathophysiological Consideration"*, *Brain and Development* 6:5,1984
113. D. A. Van Krevelen, *"Early Infantile Autism and Autistic Psychopathy"*, *J. Autism 1*, 1971
114. Lorna. Wing, *"Asperger's Syndrome : a Clinical Account"*, *Psychological Medicine* 11, 1981
115. Lorna Wing, *"Clarification on Asperger's Syndrome"*, *J. Autism* 16:4, 1986
116. M. Dewey and M. Everard, *"The Near-Normal Autistic Adolescent"*, *J. Autism* 4, 1974
117. Donald J. Cohen, *"The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome"*, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3, December, 1980
118. L. Wolf and B. Goldberg,:"Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty–Four Year Follow-up Study." *Canadian J. Psychiatry* 31, 1986
119. Rutter, M., *"Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood"*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982
120. Frank A. Elliot, *"Historical Perspective on Neurobehavior"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986
121. Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children. New York*: Wiley Interscience, 1971
122. M Rutter, *"Brain – Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings"*, *J. Child Psychol. Psychiatr*. 18, 1977

123. Sally E. Shaywitz and A. Bennet, *"Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective"*, *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984
124. Kathleen A. Long and D.V. McQueen. "Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives." *J. Clinical Psychology* 40:1, January, 1984
125. Millichap, J. G. "The Hyperactive Child." *Practitioner* 217, 1976
126. S. D. Clements and J. E. Peters, "Syndromes of Minimal Brain Dysfunction", în P. Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children: Etiology. Diagnosis and Management*, New York: Raven, 1981
127. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition , Washington D.C., 1980
128. M. Rutter, D. Shaffer and M. Sheppard, *A. Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders,*Geneva: World Health Organization (WHO), 1975
129. Dorothy O. Lewis (ed.), *Vulnerabilities to Delinquency*, New York:SP Medical and Scientific Books, 1981
130. J. B. Green and R. A. Mercille, *"Psychiatric Complications of Epilepsy"*, *Neurologic Clinics* 2:1, February, 1984
131. G., Stores, J. Hart and N. Piran, *"Inattentiveness in Schoolchildren with Epilepsy"*, *Epilepsia* 19, 1978
132. Frank A. Elliot, *"Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982
133. M. W. Laufer and E. Denhoff, *"Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children"*, *J. Pediatrics* 50, 1957
134. Bonnie J. Kaplan (Professor of Pediatrics University of Calgary, Calgary, Alberta) et al., *"Sleep Disturbance in Preschool-Aged Hyperactive and Nonhyperactive Children"*, *Pediatrics* 80:6; Dec. 1987
135. Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York: Wiley Interscience, 1971.
136. F. A. Elliot, *"Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome"*, *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982.
137. G. K. Fritz and J. Armbrust, *"Enuresis and Encompresis"*, *Psychiatric Clinics of North America* 5:2, August 1982
138. The Washington Post, September 2, 1987
139. S. W Freeman, *Does Your Child Have a Learning Disability?* Springfield, Thomas, 1974; E. D. Witt et al., *"Learning Deficits in Adolescents with Anorexia Nervosa", J. Nervous and Mental Disease* 173:3 (1985).
140. Kathrine A. Halmi, *"Pragmatic Information on the Eating Disorders"*, *Psychiatric Clinics of North America* 1982.
141. Sam D. Clements and John E. Peters, *"Syndromes of Minimal Brain Dysfunction"*, în P Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children :Etiology, Diagnosis and Management*, New-York: Raven, 1981
142. M. Rutter, *"Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood"*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982

143. Bernard. Rimland, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York: Appleton Century Crofts, 1964
144. M Rutter, *"Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood"*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982
145. Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, *"Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children"*, J. *Autism* 11:3, 1981
146. P. Firestone and S. Peters, *"Minor Physicol Anomalies and Behavior in Children: A Review"*, *J. Autism* 1983
147. W. and M. DeMeyer, "*Infantile Autism*", *Neurologic Clinics* 2:1, 1984
148. M. Rutter and E. Shopler, *"Autism and Pervasive Devolepmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues"*, *J. Autism* 17:2, 1987
149. V. Shea and G.B. Mesibov, *"Brief Report: The Realtionship of Learning Disabilities and Higher-Lever Autism"*, J. *Autism* 15, 1985
150. Frank A Elliot, *"Historical Autism Perspective on Neurobehavior"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986
151. H. H. Merritt, *Textbook of Neurolog*y, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979
152. H. L. Coulter and B. Fisher, *DTP: A Shot in the Dark*, R. Ironside, 1985
153. Margaret Pittman and C. B. Cox, *"Pertussis Vaccine Testing for Freedom-from-Toxicity"*, *Applied Microbiology* 13:3; May 1965
154. Randolph .K. Byers and F.C. Moll, *"Encephalopathies Following Prophylactic Pertussis Vaccine"*, *Pediatrics* 1:4, 1948
155. Anna-Lisa Annell, *"Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children"*, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII,* Supp. 1, 1953
156. H. D. Bologiu, *Semiologie Medicală*, Medex, Cluj-Napoca 1998
157. *Dicționarul explicative al limbii române*, ed.a II-a, Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1996
158. M. Kulenkampff, J. S. Schwartzman and J. Wilson, "*Neurological Complications of Pertussis Inoculation", Arch. Disease in Childhood* 49:1, January 1974
159. Robert C. Woody and M. E. Blaw, *"Ophtalmoplegic Migraine in Infancy"*, *Clinical Pediatrics* 25:2, February, 1986
160. Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London : Oxford University Press, 1931
161. Frank R. Ford, "*Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence"*, Springfield, C. C.Thomas, 1937. *Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951
162. Christopher D. Ward, *"Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2,1986
163. Walter R. Kirschbaum, *"Excessive Hunger as a Symptom of Cerebral Origin"*, *J. Nervous and Mental Disease* 113:2, February 1951. http://journals.lww.com/jonmd/toc/1951/11320
164. D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, *"Seizures Following Childhood Immunizations"*, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983
165. H. L. Coulter, B. Fisher, *DTP: Dreifachimpfung- Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, Germany, 1996

166. C. D. Ward, *"Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry"*, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, 1986
167. D. G., Hirtz, K. B. Nelson, and J. H. Ellenberg, *"Seizures Following Childhood Immunizations"*, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983
168. K. H. Finley, *"Pathogenesis of Encephalitis Ocurring with Vaccination, Variola, and Measles"*, *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 39, 1938
169. H. G. Miller and J. B. Stanton, *"Neurological Sequelae of Prphylactic Inoculation"*, *Q. J. Medicine* 24: 89, 1054
170. W. R. Warren, *"Encephalopathy Due to Influenza Vaccine"*, *AMA Archives Int. Med*. 97, 1956
171. Josephine B. Neal, *Encephalitis :a Clinical Study*, New York: Grune and Stratton, 1942
172. H. Bakwin, *"Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children"*, *J. Pediatrics* 34, 1949
173. H. G. Miller and J. B. Stanton, *"Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation"*,*Q. J. Medicine* 24:89, 1954
174. L. Steinman et al., *"Murine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2"*, *Nature 299*, October 21, 1982
175. B. J. Freeman and E. R. Ritvo, *"The Syndrome of Autism: Establishing the Diagnosis and Principles of Management"*, *Pediatric Annals* 13:4, April 1984
176. S. M. Baker, SM, "*Diagnostic and Therapeutic Strategies in an Autistic Child with a Positive Response to Taurine",* în *Proceedings*, 1984 Annual Conference of the National Society for Children and Adults with Autism. Washington D.C., 1984
177. E. G. Stubbs, M. L. Crawford, D. R. Burger and A. A. Vandenbark, *"Depressed Lymphocite Responsiveness in Autistic children "*, *J. Autism* 7, 1977
178. P. Bergman and S. R. Escalona, *"Unusual Sensitivies in Very Young Children", Psychoanalitic Study of the Child* 3-4, 1949
179. S. R. Lewis and S. van Ferney, *"Early Recognition of Infantile Autism"*, *J. Pediatrics* 56:4, April 1960
180. Christopher Gillberg et al., *"The Sex Chromosomes-One Key to Autism? An XYY Case of Infantile Autism"*, *Applied Research in Mental Retardation* 5,1984
181. E. G. Stubbs, E. Ash and C. P. S. Williams, *"Autism and Congenital Cytomegalovirus"*, *J. Autism* 14:2,1984
182. S. S Mnukhin and D. N. Isaev, *"On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy"*, *J. Autism* 5, 1975
183. Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan. *"Malabsorption and cerebral Dysfunction:A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children"*, *J. Autism* 1, 1971
184. Ruth Christ. Sullivan, *"Hunches on Some Biological Factors in Autism"*, J. *Autism* 5:2, 1975
185. D. O'Banion, B. Armstrong, R. A. Cummings and J. Stange, *"Disruptive Behavior: A Dietary Approach"*, *J. Autism* 8, 1978
186. Norman Geschwind, *"Why Orton Was Right"*, *Annals of Dyslexia* 32, 1982. http://marketing5.net/Norman-Geschwind-pdf.pdf

187. Z. M. Backman, *"The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestation with Toxicity and Cerebral Allergy"*, *The Digest of Chiropractic Economics*, May/June, 1985
188. Doris J. Rapp, *Allergies and the hyperactive Child,* New York : *Sovereign Books*, 1979
189. Doris J. Rapp, D. L. Bamberg, *The Impossible Child: in School, at Home,* .Buffalo:Practical Allergy Research Foundation, 1986
190. T. J. Randolph and Ralph W. Moss, *Allergies: Your Hidden Enemy*, Wellingborough, Northamptonshire: Turnstone Press , 1981
191. B. J. Kaplan et al., *"Physical Signs and Symptoms in Preschool-Age Hyperactive and Normal Children"*, *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics*. December 1987. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3429668
192. Z. M. Backman, *"The Relationship Between Learning Disabilites and Behavioral Manifestations with Toxicity and Cerebral Allergy"*, *The Digest of Chiropractic Economics*, mai/june, 1985
193. Ruth Christ, Sullivan, *"Hunches on Some Biological Factors in Autism"*, *J. Autism* 5:2, 1975
194. A. Weizman et al., *"Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism"*, *A. J. Psychiatry* 139:11, 1982
195. R. D. Ciaranello et al., *"Intrinsic and extrinsic Determinants of Neuronal Development: Relation to Infantile Autism"*, *J. Autism* 12:2, 1982
196. R. B. Dietrich et al., *"MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants"*, *AJR Am J* Roentgenol. 1988 Apr. 150 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2450448
197. John. Dobbing, *"Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System"*, în N. S. Scrimshaw and J. E. Gordon (eds), *Malnutrition, Learning , and Behavior*, Cambridge: MIT Press , 1968
198. C. Amiel-Tison, *"Neurologic Disorder in Neonates Associated with Abnormalities of Pregnancy and Birth"*, *Current Problems of Pediatrics* III:3, January, 1973.
199. F. J. Menolascino and M. L. Egger, *Medical Dimensions of Mental Retardation*, Lincoln: University of Nebraska Press, 1978
200. C. H. Poser, *"Neurologic Syndromes That Arise Unpredictably"*, *Consultant* , January, 1987
201. Isaac Karlin, *"A Psychosomatic Theory of Stuttering"*, *J. Speech Disorders* 12, 1947
202. Isaac Karlin, *"Congenital Verbal –Auditory Agnosia"*, *Pediatrics 7*, 1951
203. R. D. Ciaranello, *"Neurochemical Models of Infantile Autism"*, în *Proceedings*, 1981 International Coference of the National Society for Children and Adults with Autism . Washington D.C., 1981
204. R. D. Adams and M. Victor, *Principles of Neurology*, Second Edition. New York : McGraw-Hill, 1981
205. Lauretta Bender, *"Burn Encephalopathies in Children"*, *Arch. Pediatrics* 60, 1943
206. Thomas M. Rivers and F. F. Schwentker, *"Encephalomyelitis Accompanied by Myelin Destruction Experimentally Produced in Monkyes"*, *J. Exp. Med*. 1935.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19870385
207. B. Arnason, Editorial: *"Neuroimmunology"*, *New England J. Med*. 316:7, 1987.

208. Josephine B. Neal, *Encephalitis: A Clinical Study*, New York: Grune and Stratton, 1942. https://catalyst.library.jhu.edu/catalog/bib_96629
209. T. Hemachudha et al., *"Myelin Basic Protein as an Encephalitogen in Encephalomyelitis and Polyneuritis Following Rabies Vaccination"*, *New England J. Med*. 316:7, 1987. http://www.whale.to/vaccines/encephalomyelitis.html
210. H. H. Merritt, *Textbook of Child Neurology.* (Sixth Edition), Philadelphia: Lea and Febiger, 1979
211. R. Bannister, *Brain's Clinical Neurology,* Fifth Edition. Oxford: University Press, 1978
212. James D. Cherry et al., *"Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization"*, *Pediatrics* 81:6 Part II, June, 1988. http://pediatrics.aappublications.org/content/81/6/933
213. S. Folstein et al., *"Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications"*, *J. Autism* 18:1, 1988
214. Leo Kanner, "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?", în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and psychiatric Patterns*, 1954. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13246089.
215. F. C. Dohan, "Coeliac Disease and Schizophrenia.", *Lancet*, April 25, 1970
216. J. N. Money Bobrow and F. C. Clarke, *"Autism and Autoimmune Disease: A Family Study"*, *J. Autism* 1, 1971
217. L. Steinman, *"Murrine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy:Linkage to H-2"*, *Nature* 299, October 21, 1982
218. M. W. Laufer and E. Denhoff, *"Hyperkinetc Behavior Syndrome in Children"*, *J. Pediatrics*, 1957. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13406705
219. Sally E. Shaywitz and A. Bennet, *"Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder:A Pediatric Perspective"*, *Pediatric Clinics of North America* , 1984 April.
220. V. S. Cowart, *"Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Physicians Helping Parents Pay More Heed."*, *J. Amer. Med. Assoc*. May 13, 1988 (b)
221. Friedrich Klammrodt, "*Hat Impfen Sinn*?", 16 Juli, 2009, Stuttgart, http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium)
222. T. E. Fröhlich et al., *"Prevalence, recognition and treatment of Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder in a national sample of US children"*, *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 2007
223. http://www.pulsmedia.eu/inpage/tulburarea-de-spectru-autist-la-copil/
224. Dr Dietrich Klinghardt MD, PhD http://www.klinghardtacademy.com/BioData/Dr-Dietrich-Klinghardt.html
225. G. V. Stajich et al., *"Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in preterm infants"*, *J. Pediatr*. 2000. http://www.healing-arts.org/children/holmes-bibliography.htm
226. Cj Newschaffer et al., *"National autism prevalence trends from United States special education data"*, *Pediatrics* 2005
227. http://www.youtube.com/watch?v=XU8nSn5Ezd8
228. http://www.hpz.com/insider/VortragKlinghardt.pdf
229. A S. Homes et al., *"Reduced levels of mercury in first baby haircuts of autistic children"*, *International Journal of Toxicology* 2003

230. Robert Nataf et al., "*Porphyrinuria in Childhood autistic disorder: Implications for environmental toxicity"*, *Toxicology and Applied Pharmacology* 214 (2006). http://www.hbotnm.com/porphyrinuria.pdf
231. J. Bradstreet et al., *"A case-control study of mercury burden in children with autistic spectrum disorders"*, *Journal of American Phyisicians and Surgeons* 2003
232. T. M. Burbacher et al., "*Comparision of blood and brain mercury levels in infant monkeys exposed to methylmercury or vaccines containing thiomersal"*, *Environ Health Perspect*. 2005 Apr. 21. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16079072
233. Dr. med. Dietrich Klinghardt, *Vortrag nr 1: Schwermetalle Vergiftung-Entgiftung,* gehalten am 20. November 1996 auf Schloß Elmau bei Garmisch-Partenkirchenim Rahmen eines Seminars über Psycho-Kinesiologie, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag1.html
234. Interview mit Dr. med. Harald Banzhaf, Umweltmediziner, Bisinger (www.dr-banzhaf.de) über Amalgam und Auswirkungen auf den Organismus. 09.04.2009 http://www.youtube.com/watch?v=T8EGj5wSQ-4&feature=related
235. Institute of Medicine (IOM): "Immunization Safety Review: Thiomerosal-containing vaccines and neuro-devolepmental disorders" (2001). http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309076366
236. K. M. Madsen et al., *"Thiomersal and the occurrence of autism: Negative ecological evidence from Danish population-based data"*, *Pediatrics* 2003. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949291
237. Charles Janeway Jr., *"Approaching the asymptote Evolution and revolution in immunology"*, *Cold Spring Harb Symp Quant Biol 1998.* http://www.medscape.org/viewarticle/559776_8
238. James M. Brewer *"(How) do aluminium-adjuvants work?"*, *Immunology Letters* 102, 2006. http://drtenpenny.com/wp-content/uploads/2012/07/How-do-aluminum-adjuvants-work.pdf
239. Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, *"Vaccination may be associated with autoimmune diseases"*, *IMAj* 2004; Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, *"Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity"*, *Journal Article* 2005
240. M. S. Petrik et al., *"Aluminium adjuvant linked to Gulf War illness induces motor neuron death in mice"*, *Neuromolecular Med* 2007. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17114826
241. http://www.impfkritik.de/adjuvans/
242. http://www.youtube.com/watch?v=AAvAPbdkkBU
243. How to stop bird flu instead of the vaccine-antiviral model. Science in Society 35, 2007, http://www.i-sis.org.uk/isisnews/sis35.php
244. *"Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome"*, June 12, 2000 http://www.dynamicchiropractic.com
245. http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php şi http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility
246. http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm

Capitolul 4

Vaccinuri vechi şi noi. Bolile pe care nu le previn

Rezumat

Vaccinurile nu previn "bolile copilăriei", ci doar le amână până la vârsta adultă, când sunt mai grave.

Prin administrarea vaccinului antipertussis (impotriva tusei convulsive), nu vom opri boala. În timp ce boala naturală lasă o imunitate naturală (protecție împotriva unei noi îmbolnăviri) de maximum 10 ani, vaccinul are ca rezultat o protecție nesigură şi pentru o perioadă de timp mai scurtă. Ultimul vaccin "acelular", cu atât mai puțin. "Deja după 4 ani de la ultima vaccinare, creşte receptivitatea la boală[1],[2], observă medicii pediatri. În final, se obține doar o amânare a bolii cu câțiva ani. Statistica per global rămâne neinfluențată, iar bacteria "circulă" în continuare fără probleme în societate. În Suedia, numărul şcolarilor care fac boala se apropie de nivelul anilor de dinainte de vaccin![3] Şi în SUA numărul celor bolnavi de tuse convulsivă creşte începând cu 1980 de 10 ori (!), iar astăzi este la nivelul anilor'50![4]

---

[1] S. Lugauer, K. Heininger, J. Stehr, D. Cherry, *"Long-term clinical effectiveness of an acellular pertussis component vaccine and a whole cell pertussis component vaccine"*, *J . Pediatrics* 2002 Mar;161(3):142-6.

[2] S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., *"Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitits B vaccine in comparision with that natural infection". Infect Immun* 2001, 69 (7): 4516-4520.

[3] L. Gustafsson, L. Hessel, J. Storsaeter, P. Olin, *"Long-term foolow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age"*, *Pediatrics* 2006, 118 (3): 978-984. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950988

[4] M. Hirte, *op. cit.*, 175-176.

În cazul rubeolei "are loc o amânare a bolii, de la vârsta copilăriei (sub 14 ani) la vârsta de adolescent (peste 15 ani). Se ştie că, de fapt, nu se are în vedere o prevenire a rubeolei în copilărie, ci o prevenire a rubeolei congenitale... Nu s-a putut realiza acest obiectiv, fiind unul utopic..."[5]. "Rubeola este amânată, prin intermediul vaccinurilor, la o vârstă când nu este deloc dorită o astfel de infecție…"[6]. Vaccinarea antirubeolică este *"un experiment inutil şi periculos, care continuă şi în ziua de azi"*[7], spune Viera Scheibner.

Acelaşi lucru se întâmplă şi în cazul celorlalte boli infecțioase şi contagioase.

Excepție face tetanosul care nu este o boală contagioasă. Cu toate acestea, vaccinul tetanic se administrează în mod repetat sugarilor, cu scopul prevenirii bolii. Se mai administrează gravidelor şi în cazul plăgilor. În urma studiilor făcute, s-a observat că toxina tetanică din vaccin poate provoca însăşi boala. Anticorpii formați în urma vaccinării nu sunt eficienți: "S-a constatat că au existat decese după tetanos inclusiv la cei care au avut o cantitate suficientă de anticorpi"[8].

Politica eradicării bolilor banale ale copilăriei este şi rămâne o utopie. Nu este necesară şi nici indicată.

În acest capitol, am adus şi o completare la complicațiile postvaccinale, la fiecare vaccin în parte, pentru a scoate în evidență atât ineficiența vaccinurilor, cât mai ales pericolul pe care-l prezintă pentru sănătatea copiilor şi a noastră, a tuturor.

I. Tetanosul şi vaccinul tetanic

1. Tetanosul

Tetanosul "este o boală infecțioasă acută, având ca agent etiologic bacilul tetanic (*Clostridium tetani*), care determină o infecție localizată la poarta de intrare, de unde toxina difuzează în organism, provocând o stare de contractură tonică a musculaturii şi crize de contracturi paroxistice, cu o evoluție

[5] Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, 2000, 138.

[6] *Ibidem*.

[7] *Ibidem*.

[8] Simone Delarue, *Impfschutz:Irrtum oder Lűge*?, 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987)

gravă, deseori letală"[9]. Bacteria pătrunde la nivelul rănilor. Ea poate forma spori care sunt foarte rezistenți în mediul înconjurător, mai ales la nivelul solului şi în excrementele animalelor (în special ale cailor). Cel mai uşor se infectează rănile provocate prin muşcături, arsuri, înțepături şi mai ales rănile provocate de corpuri străine: lemn, sticlă, metal[10]. "O rană sângerândă, fiind bine oxigenată, nu va conține niciodată toxina tetanică… Ea se găseşte doar în condiții de anaerobioză (medii fără oxigen)"[11]**.** O dată cu apariția mijloacelor de transport moderne, care au luat locul trăsurilor cu cai, au scăzut mult focarele de infecție cu acest bacil.

Infecția este favorizată de boli precum diabetul zaharat şi ateroscleroză (ATS), când bolnavii au o circulație deficitară. Este unul dintre motivele pentru care boala apare la vârstnici şi practic deloc la sugari şi copii. Bacteria se înmulţeşte foarte bine în condițiile unei circulații deficitare, cu stază vasculară şi hipoxie locală. Otrava bacilului, numită "toxina tetanică", are o mare afinitate pentru sistemul nervos. Ea se propagă de-a lungul nervilor şi ajunge la sistemul nervos central (SNC). În funcție de cât de aproape de nervi sau măduvă este rana, se ajunge la boală în timp de 4 zile – 2 săptămâni. Toxina tetanică afectează activitatea motorie (a muşchilor), ceea ce duce la contracții musculare generalizate şi foarte dureroase, cu păstrarea cunoştinței. Cele mai periculoase sunt spasmul laringian şi contracția musculaturii respiratorii. Tratamentul este unul de urgență. Mortalitatea era mare în trecut. La ora actuală, ea a scăzut foarte mult: 2,3% la vârsta de 20 de ani şi 18% la cei trecuți de 60 de ani[12]**.**

După convalescență, pacienții rămân deseori cu o stare de agitație, insomnie, spasme musculare, scăderea libidoului, hipotonie ortostatică şi anormalități ale Electroencefalogramei[13].

În Germania s-au înregistrat tot mai puține cazuri după 1970, majoritatea înregistrându-se la vârstnici. Din 2001 nu mai este considerată o boală care trebuie raportată în mod obligatoriu. Începând cu anul 1980, nu s-a mai

---

[9] Gheorghe Marin Voiculescu, *Boli Infecțioase,* vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1990, 572.

[10] R. E. Behrmann, R. Kliegman, H. L. Jenson, *Nelson Textbook of Pediatrics*,16-th Edition, Philadelphia, 1999.

[11] Gerhard Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, Emu-Verlag, 4.Auflage 2008, Germany, 121-131.

[12] EB (Epidemiologisches Bulletin): "Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten". *Epidemiologisches Bulletin* 1999, 19:119-141.

[13] L. S. Illis und F. M. Taylor, *"Neurological and Electroencephalographic Sequele of Tetanus"*, *Lancet*, 24 Apr. 1971, 826-830.

înregistrat niciun caz mortal la copiii din Germania[14]. Puținele cazuri de tetanos care au fost declarate în Germania s-au înregistrat doar la oameni vârstnici, trecuți de 50 de ani. Motivul este prezența unei circulații venoase deficitare[15].

Condițiile care favorizează apariția tetanosului[16] şi pe care le găsim în cazul unor plăgi foarte profunde, în zilele 3-20 de la producerea rănii, sunt:

- anaerobioză (lipsa de oxigen);
- o circulație deficitară (la vârstnici, boli ale arterelor şi/sau venelor);
- scăderea pH-ului local (în infecții);
- o imunitate scăzută;
- şoc traumatic.

În țările lumii a treia, OMS (Organizația Mondială a Sănătății) "ne asigură" că sunt încă numeroase cazurile mortale de tetanos neonatal, motiv pentru care a recomandat şi vaccinarea gravidelor, care transmit copiilor o protecție postnatală de 6 luni[17]. În 1974 OMS a lansat în țările în curs de dezvoltare Programul Extins de Vaccinări (PEV), când s-au stabilit măsurile de prevenire a tetanosului neonatal. Cu aceasta ocazie, OMS a stabilit ca țintă *"eliminarea tetanosului neonatal până în 1995... În 1999, s-a reevaluat stadiul la care s-a ajuns în controlul tetanosului neonatal, constituindu-se un parteneriat OMS, UNICEF şi United Nations Population Found, care a revizuit obiectivele, stabilind eliminarea tetanosului matern şi neonatal până în 2005"*[18]. Deşi suntem în 2012 şi România este în UE, ne aflăm în continuare în aceeaşi grupă cu țările lumii a treia privind vaccinarea gravidelor...

Cât de sigură este vaccinarea la gravide?

Copiii născuți din gravide vaccinate cu mai multe doze de vaccin pot face tetanos. Maselle ş.a. au diagnosticat peste 9 cazuri la sugari care aveau o concentrație mare de anticorpi şi care proveneau de la mame vaccinate de mai multe ori în timpul sarcinii[19]. "Supraimunizarea" provoacă boala, nu o previne.

La naştere, este nevoie de o dezinfecție a cordonului ombilical restant al nou-născutului, şi de o igienă riguroasă locală timp de 14 zile, după care

---

14 Martin Hirte, *Impfen. Pro&Contra. Das Handbuch fűr die Individuelle Entscheidung*, MensSana 2008, 142.

15 Friedrich P. Graf, *Nicht impfen- was dann* ?, 2. Auflage 6-2010, sprangsrade verlag, 148.

16 *Ibidem,* 147.

17 WHO 2000: *History of vaccination*. http://www.who.int/gpv-dvacc/history/history.htm

18 M. I. Brumboiu, , I. S. Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinari în practica medicală,* Ed Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2005, 96.

19 V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 270.

nu mai există riscul unei îmbolnăviri. Deoarece mamele nasc la ora actuală în spitale, unde sunt îndeplinite aceste condiții, nu este nevoie de vaccinarea antitetanos din timpul sarcinii. Cu toate acestea, vaccinarea antitetanos a devenit o rutină, inutilă, dar nu lipsită de efecte secundare, atât pentru mamă, cât şi pentru făt; o statistică, efectuată în țările industrializate, arată o îmbolnăvire aproape exclusivă a persoanelor vârstnice: *"În țările dezvoltate economic, majoritatea cazurilor apar la persoane în vârstă de peste 60 de ani, după plăgi minore cum sunt cele înțepate..."*[20].

La gravide se ştie că vaccinul poate stimula imunitatea celulară (TH1) şi provoca, asemenea oricărui alt vaccin, avortul. De ce? În sarcină imunitatea celulară (TH1) scade în mod normal pentru a nu rejeta copilul, care este o "grefă străină". Prin vaccinare, stimulăm imunitatea celulară (TH1), iar reacția față de copil va fi una de respingere, cu *un posibil avort.* Am observat că, spre deosebire de unii medici ginecologi, care nu recomandă gravidelor vaccinul în luna a 7-a, medicii de familie insistă pentru efectuarea lui. Având în vedere că naşterile au loc la spital, în condiții adecvate, fără niciun pericol de infectare a plăgii ombilicale cu bacilul tetanic, este total inutilă vaccinarea gravidelor. O gravidă îmi spunea, pe bună dreptate: *"Doar nu naştem pe câmp. De ce să ne vaccinăm?!"*.

Cum putem preveni tetanosul?

Tetanosul poate fi prevenit dacă rana este imediat tratată şi dezinfectată corespunzător. În cazul bolii, inclusiv în țările mai puțin dezvoltate, 93% din pacienții tineri cu o formă de tetanos de gravitate medie pot fi vindecați cu antibiotice: Penicilină şi Metronidazol. Renumitul chirurg german, Profesorul Hackethal, scrie despre acest vaccin că "*timp de 30 de ani a încercat să evite vaccinul în cazul plăgilor deschise. Explicând pacienților la ce eventuale riscuri se pot expune după vaccin, aproape niciunul nu s-a mai lăsat vaccinat şi, cu toate acestea, nu a avut niciun caz de tetanus"*[21]**.**

Tratament local[22]:

- *nu este recomandată* folosirea dezinfectantelor obişnuite, fiindcă aceste soluții "radicale" pot dăuna;

- *pentru răni superficiale*, tăieturi, zgârieturi, se foloseşte *o soluție salină 1% în amestec cu esență de muşețel*: la o cană de apă căldută se adaugă un vârf de cuțit de sare şi o linguriță de tinctură de muşețel;

[20] M. I. Brumboiu, I. S. Bocşan, *op. cit*., 2005, 96.
[21] G. Buchwald, *op. cit*., 119.
[22] F. P. Graf, *op. cit*., 2010, 149.

- *pentru plăgi profunde*, cu resturi de pământ, sau plăgi datorate unor muşcături, se foloseşte acelaşi amestec de soluție, iar, dacă este nevoie, se intervine şi chirurgical; în acest caz, după închiderea plăgii, marginile plăgii cusute se tamponează cu soluții dezinfectante foarte diluate în primele ore;

- *pentru plăgi care sângerează* nu se aplică nicio soluție, ci se lasă să sângereze, dacă este vorba de o sângerare uşoară. Este nevoie de hemostază pentru o sângerare mai mare. Sângele fiind bine oxigenat nu este un mediu propice pentru tetanos.

Prevenție sau boală?

Atât boala, cât şi vaccinul antitetanos provoacă reacții imune, respectiv o sensibilizare accentuată, dăunătoare pentru organism, datorată toxinei tetanice[23].

Concluzia la care au ajuns numeroşi medici şi oamenii de ştiință este că *mulți dintre cei vaccinați fac tetanos!*

După mai multe studii, Viera Scheibner afirmă că *"mulți sugari care au fost vaccinați cu DT (bivaccin diftero-tetanic) sau DTP (trivaccin diftero-tetano-pertussis), au făcut tetanos, în urma căruia au murit, iar diagnosticul a fost SIDS (Sindromul morții subite la sugar). Simptomele pe care le-au prezentat după vaccinuri au fost caracteristice tetanosului: agitație, contracții musculare (la cele mai mici atingeri sau mişcări), tulburări de somn, tulburări de deglutiție, regurgitații, crize de înnec sau chiar fracturi osoase în urma contracțiilor musculare… Mulți dintre sugari au murit după vaccinul DTP, în timpul nopții, din cauza tetanosului"*[24]. În toate aceste cazuri se pune un diagnostic fals, de cauză necunoscută, acela de "Sindrom al morții subite a sugarului" (SIDS).

2. Vaccinul tetanic

Prezentare

Vaccin tetanic adsorbit (VTA):

- produs de Institutul Cantacuzino;
- conține 20 UB (unități bocante), anatoxină tetanică purificată şi *7 mg fosfat de aluminiu in fiecare doză*;
- se administrează pentru profilaxia activă a tetanosului (primovaccinare, revaccinare) şi pentru profilaxia de urgență;

[23] M. D. Wright, *"On the changes effected by anti-typhoid inoculation in the bactericidal power of the blood; with remarks on the probable significance of these changes"*, 1901, *Lancet,* 14. Sept.: 715-723.

[24] V. Scheibner, *op. cit.,* 2000, 264-265.

- *contraindicații*: boli acute în evoluție, stări febrile, tuberculoză activă, tratament cu imunosupresoare, afecțiuni maligne, cardiopatii decompensate, hipertensiune arterială malignă, nefropatii, sarcină şi alăptare;

- *reacții adverse*: rar – durere, edem, tumefiere la locul injecției; foarte rar – reacții generale: indispoziție, febră, cefalee[25],[26].

Vaccin combinat diftero-tetanic adsorbit (VCDT)[27]:

- produs de Institutul Cantacuzino;

- conține anatoxină difterică purificată şi anatoxină tetanică purificată şi *fosfat de aluminiu*;

- se administrează pentru profilaxia difteriei şi a tetanosului, pentru primovaccinarea şi revaccinarea copiilor sub 3 ani;

- *contraindicații*: diabet zaharat decompensate, cardiopatii decompensate, nefropatii grave, boli ale sângelui, antecedente de anafilaxie, sarcină şi alăptare;

- *reacții adverse*: edem şi infiltrație locală, durere spontană, stare de disconfort, febră, frison.

Vaccin diftero-tetanic pentru adulți[28],[29]:

- produs de Institutul Cantacuzino, cu AUTORIZAȚIE DE PUNERE PE PIAȚĂ NR. 6995/2006/01

- fiecare doză de 0,5 mililitri suspensie injectabilă conține anatoxină difterică purificată≥ 2 UI, anatoxină tetanică purificată≥ 20 UI şi excipienți: ***fosfat de aluminiu, tiomersal, formaldehidă***, clorură de sodiu soluție 0,9%. Indicații: *vaccinarea şi revaccinarea diftero-tetanică a gravidelor* în cazul în care se consideră necesară creşterea urgentă a imunității anti-difterie-tetanos; pentru revaccinarea diftero-tetanică a adulților şi pentru imunoprofilaxia tetanosului, în plăgile cu potențial tetanigen, la pacienții la care schema de vaccinare anti-difterie-tetanos nu a fost completă sau nu s-a făcut; contraindicațiile sunt aceleaşi ca şi la VCDT.

IMOVAX d. t. pentru adulți[30]:

- produs de PASTEUR MÉRIEUX SÉRUMS ET VACCINS – FRANȚA;

- conține anatoxină difterică purificata: 2 i. u. (detoxifiată cu formol); anatoxină tetanică purificată: 20 i. u. (detoxifiată cu formol);

---

[25] *Agenda Medicală 2012*. Ediția de buzunar, 887.

[26] M. I. Brumboiu, I. S Bocşan, *op. cit.*, 97.

[27] *Agenda Medicală 2012*. Ediția de buzunar, 884.

[28] *Ibidem*, 883-884.

[29] http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13370001/VACCIN-DIFTERO-TETANIC-PENTRU-ADULTI-dT.aspx

[30] http://www.sfatulmedicului.ro/medicamente/imovax-d-t-adult-suspensie-injectabila_10501

- excipienți: ***hidroxid de aluminiu*** (exprimat ca Al) 0,65 mg; ***mercurothiolat*** de sodiu 44 mg; soluție tampon q. s. 0,5 ml[31];
- se administrează adulților peste 18 ani;
- este contraindicat în sarcină şi alăptare.

Vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit (VCDTP) este prezentat la subcapitolul III.

3. Reacții adverse şi complicații postvaccinale

Reacțiile adverse sunt date atât de toxina tetanică din vaccin, cât şi de adjuvanți şi conservanți.

Toxina tetanică din vaccin este inactivată în formol. Ea ar avea o mortalitate de 50 de ori mai mare dcât cea naturală, dacă nu ar fi inactivată. Aici însă nu putem vorbi de un virus "viu sau inactivat", ci de o"toxină inactivată", fiind o situație aparte.

Adjuvanții din vaccin

Hidroxidul de aluminiu şi fosfatul de aluminiu: aceste săruri de aluminiu sunt folosite ca adjuvant pentru vaccinuri. Toxicitatea aluminiului din vaccinuri este explicată în cap. 3. Aluminiul mai este folosit la *pacienții dializați,* drept chelator al fosfatului. S-a observat că, dacă este folosit un timp mai îndelungat, se ajunge la o *toxicitate cerebrală (provocând demența)*, precum şi la o *toxicitate osoasă crescută*, motiv pentru care se foloseşte maximum 4 săptămâni. Adjuvanții cu aluminiu mai pot provoca în timp *Miofascita macrofagică* (descrisă în cap. 3). Într-un studiu realizat de Petrik şi colaboratorii săi se arată că adjuvanții cu aluminiu afectează neuronii motori la şoareci şi pot induce *"boli autoimune din cauza dezechilibrului creat între imunitatea celulară (Th1) şi imunitatea umorală (Th2)... Folosirea acestor adjuvanți în vaccinurile antihepatitic A şi B, antitetanic, antidifteric şi antipertussis, pot duce la tulburări neurologice"*[32].

Thiomersal (engl.), Thimerosal (germ.) sau Mercurothiolat de sodiu este una şi aceeaşi substanță, care conține un procent de 50% mercur organic şi se foloseşte drept conservant lichid în preparate medicale, precum vaccinurile (vezi cap. 3). Thiomersal este o substanță neurotoxică, putând provoca boli neurologice grave, inclusiv autismul. *"Femeile gravide vaccinate cu un astfel de vaccin primesc o cantitate mare de mercur şi nu se ştie unde se va acumula această substanță toxică: în sistemul nervos sau în rinichii fătului"*[33].

---

[31] http://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/vaccin-tetanos

[32] www.impfschaden.info

[33] PUBLIC HEALTH. "Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collectsin the Brain." 2004 August 10 [By Roger Highfield for the Daily Tele-

Reacții adverse locale:

- *durere* şi *inflamație* la locul injecției;
- nu rareori se formează la locul injecției *noduli şi chiste* care se vindecă greu, în decurs de câteva săptămâni;
- frecvent se inflamează şi nodulii limfatici regionali, de la gât şi din axilă, uneori foarte dureroşi, putând forma *abcese sterile*;
- cauza acestor reacții locale este în principal, *hidroxidul de aluminiu* folosit drept adjuvant în vaccin[34];
- *"cu fiecare revaccinare, creşte posibilitatea unei astfel de reacții locale"*[35]; la prima revaccinare a elevilor din Suedia, efectuată la vârsta de 10 ani, s-au putut observa astfel de reacții locale la 73% dintre aceştia[36];
- în prima zi după vaccinare, sugarii sunt agitați, plâng şi sunt febrili; copiii mai mari acuză o stare generală uşor alterată, cu grețuri şi dureri de cap;
- *abcesele postvaccinale,* descrise de Church şi colab. (1985), nu sunt rare[37];

Alergii:

- *urticaria cronică* şi *simptome astmatice* apar la 1 din 100.000 de cazuri;[38]
- la 2 săptămâni după vaccin poate apărea o *glomerulonefrită* (afecțiune renală)[39];

---

graph, UK. Despite the US'sInstitute of Medicines strong recommendation that no further research bedone regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doingsome nonetheless, with arguably some more "smoking gun" evidence in supportof the hypothesis. This team is in Canada.]. (http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml; http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414)

[34] M. Hirte, *op. cit*., 147.

[35] F.Werner, J. Grimm, "*DT-Impfung*", *Pädiatr Prax* 1987, 36 (3):433-434.

[36] M.Blennow, M. Granström, A. Strandhell, *"Adverse reaction after diphtheria-tetanus booster in 10-year-old schoolchildren in relation to the type of vaccine given for the primary vaccination"*, *Vaccine 1994*, 12 (5):427-430

[37] Scheibner, V, *op. cit*., 2000, 266-268.

[38] C. Maiorga et al., *"Immediate allergy to tetanustoxoide vaccine:determination of immunoglobulin E and immunoglobulin G antibodies to allergenic proteins"*, *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003, 90 (2):238-243.

[39] Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar, 122.

- dacă vaccinul este combinat cu unul sau mai multe vaccinuri, creşte frecvența cazurilor de alergie; E. L. Hurwitz (2000) arată că *"la copiii vaccinați, alergiile sunt de două ori mai frecvente, comparativ cu copiii nevaccinați (studiul comparativ fiind făcut la copii până la 16 ani)"*;
- *modul în care se pot produce reacțiile alergice* după vaccinul antitetanos a fost descris de către imunologul italian Adriano Mari în felul următor: după vaccin, organismul produce anticorpi, atât împotriva toxinei antitetanice, cât şi împotriva unor componente imunologice înrudite de pe mastocite, numite receptori pentru IgE (Imunglobuline E); în final va avea loc degranularea mastocitelor, cu eliminarea unor mediatori care pot provoca *reacții alergice (dermatite alergice) şi boli autoimune*[40]; *"Putem lua în considerare faptul că vaccinul antitetanos a contribuit foarte mult la creşterea frecvenței bolilor alergice din ultimii 30-40 de ani prin marea răspândire a acestuia în întreaga lume ",* afirmă autorul[41]; OMS păstrează în continuare tăcerea, nu efectuează astfel de studii şi continuă vaccinarea, alergizând întreaga lume...;
- *şocul alergic* este rar, dar poate fi mortal;

Trombocitopenie:

- este o complicație tot mai frecventă în rândul copiilor vaccinați, caracterizată prin tulburări în coagularea sângelui, care necesită supraveghere medicală şi tratament[42].

Deficite imune tranzitorii:

- Eibl şi *c*olaboratorii săi (1984) au descris *limfocite T (celule imune) anormale* la oameni sănătoşi, vaccinați cu ser antitetanos; cazuri frecvente de *"limfocitopenie"* au fost descrise la tineri, în zilele 3-14 după vaccin, cu o revenire la normal în următoarele zile[43].

Miocardita:

- este o complicație severă, mai ales la sugari, la care poate provoca decesul[44].

---

[40] M. Hirte, *op. cit*., 148-149.

[41] A. Mari, *"Is there a causative role for tetanus toxoid vaccination in the development of allergy-like symtomes and in the increasing prevalence of atopic diseases?"*, *Med Hypotheses* 2004, 63(5):875-886.

[42] HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997 http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm,

[43] V. Scheibner, *op. cit*., 2000, 269.

[44] W. Shye-Jao, S. Shen, L. Jiun-Yi, H. Po-Yuan et al., "*Acute Fulminant Myocarditis after Diphteria, Polio, and Tetanus Vaccination"*, *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2006, 14:e 111-e 112.

Afecțiuni neurologice:

- cel mai frecvent sunt afectați nervii de la mână: plexul brahial sau nervul median, având ca rezultat *paralizii ale mâinii (uneori definitive) sau tulburări de sensibilitate***,** însoțite de dureri accentuate[45],[46],[47],[48];
- pot fi afectați nervii centrali sau periferici, sau mai mulți nervi deodată (polinevrite);
- *Sindromul Guillain-Barre, mielitele transverse* şi *encefalitele*: sunt complicații mai rare, având debutul între zilele 4 şi 14 după vaccin (poate să debuteze şi la 2 luni după vaccin); *"Se cunosc cel puțin 6 cazuri, când Sindromul Guillain-Barre a fost recunoscut de către STIKO din Germania (Comisia permanentă pentru vaccinare) ca fiind o complicație a vaccinului antitetanos"*[49]; legătura dintre vaccin şi acest sindrom este una dovedită ştiințific[50],[51];
- *neuropatia recidivantă, demielinizantă* este o altă complicație postvaccinală, descrisă de Pollard şi Selby[52];
- *tetanosul***:** forme uşoare, medii sau grave de boală, soldate uneori cu deces; este o complicație mai frecventă decât se spune în mod oficial, mai ales după vaccinul combinat DTP, când provoacă SIDS ("Sindromul morții subite la sugar").

Cazuri de tetanos provocate de vaccin:

Caz 1: Cunningham (1940) descrie cazul unei asistente care s-a oferit voluntar pentru vaccinul tetanic şi care, după 3 săptămâni de la vaccin, prezintă brusc frisoane, urmate de o urticarie foarte accentuată şi edem al feței,

---

[45] HRSA (Health Resources and Services Administration): *Vaccine Injury Table March* 24, 1997. http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm,

[46] Stephen J. Read et al., *"Acute transverse myelitis after tetanus toxoid vaccination"*, *Lancet, Vol. 339,* 2 May 1992, 1111-1112.

[47] G. K Schlenska, *"Unusual neurological complication foolowing tetanus toxoid administration"*, *Journal of Neurology* 1977, 215:299-302.

[48] H. Topaloglu et al., *"Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination"*, *Acta Paediatrica* 1992, 81:887-890.

[49] W. Ehrengut, *"Felerquellen bei der Begutachtung von Impfschäden"*, *Der med. Sachverst*. 1994, 90: 9-14.

[50] N. Newton, A. Janati, *"Giullain-Barre syndrome after vaccination with purified tetanus toxoid"*, *Southern Medical Journal* 1987, 80: 1053-1054.

[51] K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg), *Adverse Events Associated with childhood vaccines. Evidence Bearing on Causality*, Vaccine Safety Committee, Insitute of Medicine. National Academy Press Washington D.C., 1994:316.

[52] J. D. Pollard et al., *"Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid: Report of a case"*, *J. Neurol. Science* 1978, 37:113-125.

simptome care s-au ameliorat doar după administrare de adrenalină. Cu toate acestea, i s-au adminstrat după 4 săptămâni încă o doză de vaccin, când i s-a injectat simultan şi Adrenalină. După 5 minute, a prezentat urticarie si acufene (zgomote în urechi), după care a leşinat. A fost tratată din nou cu Adrenalină, ca în orice şoc anafilactic. După ce şi-a revenit, a prezentat frisoane, vărsături şi diaree. După primul vaccin, Cunnunigham nu a fost sigur că acesta a provocat o reacție alergică atât de gravă, dar, spune Viera Scheibner, el ar fi trebuit să ştie că după orice injecție cu toxine, pot apare astfel de reacții întârziate. Cu toate acestea, asistenta nu prezenta după 3 luni decât un titru foarte mic de anticorpi, de 0,2 UI (o imunitate insuficientă)[53].

Caz 2: Bagratuni (1952) descrie cazul unui pacient care a căzut de pe bicicletă, suferind o rană prin tăiere deasupra ochiului stâng. A fost tratat de un medic în prima jumătate de oră de la accident, rana fiind curățită şi cusută. Pacientul a primit "profilactic" şi vaccinul tetanic. Ziua următoare s-a simțit bine, având doar dureri de cap la locul plăgii cusute. După 9 zile însă, a început să se simtă tot mai obosit şi nu-şi mai putea închide bine ochiul stâng. Noaptea s-a trezit de două ori datorită unor contracții necontrolate şi involuntare ale mandibulei, muşcându-şi limba. Dimineața nu-şi mai simțea partea stângă a feței, iar în cele din urmă a suferit o pareză facială stângă, cu trismus. Medicul l-a internat, după care i s-a administrat ser antitetanic intravenos, 200.000 UI, iar intramuscular 100.000 UI. Starea lui generală s-a agravat în continuare, nu mai putea vorbi iar noaptea se trezea mereu fiindca işi muşca în mod involuntar limba. După 8 zile de tratament cu ser, a început să se simtă mai bine şi a mai durat 18 luni până au dispărut toate simptomele, cu excepţia unei minime asimetrii faciale. *Autoarea este convinsă că pacientul a făcut tetanos după vaccin, nu după rana tăiată la nivelul feței*[54].

Multe cazuri asemănătoare, sunt descrise şi de către alți autori din Occident.

În România nu am aflat despre asemenea cazuri, dar este foarte probabil ca ele să existe şi la noi, românii fiind o populație supravaccinată cu vaccinurile T, DT si DTP.

Concluzia este aceeaşi: vaccinul tetanic provoacă deseori reacții alergice şi nu rareori tetanosul, tocmai boala pe care ar trebui s-o prevină.

La ora actuală nu se ține cont deloc de astfel de reacții imune dăunătoare organismului, atât la adulți, cât mai ales la sugari.

Alte complicații postvaccinale sunt descrise la "vaccinul DTP", combinat.

---

[53] V. Scheibner, *op. cit.*, 264.

[54] *Ibidem*, 264-265.

II. Tusea convulsivă ("măgărească") şi vaccinul pertussis

1. Tusea convulsivă

Tusea convulsivă este o boală infecțioasă şi contagioasă, determinată de bacteria *Bordetella pertussis,* care se găseşte doar la om şi care nu supraviețuieşte în afara organismului. După o incubație de una-două săptămâni (timpul scurs de la infecție şi până la apariția primelor simptome), apare o stare gripală uşoară, cu tuse care se accentuează pe parcurs, definind aşa-zisul "stadiu cataral". În această perioadă, contagiozitatea este maximă, prin picăturile care sunt împrăştiate prin tuse şi când 80% dintre contacții apropiați vor putea fi infectați. În perioada de stare (forma tipică de boală), începe *stadiul convulsiv al tusei*, caracterizat prin: accese de tuse convulsivă, cu un facies congestionat, lăcrimare, însoțite cu senzația de sufocare şi uneori cu vărsături. Când pacientul inspiră din nou, o face forțat, cu un zgomot şuierător. Între accese, pacientul se simte bine şi nu are aspect de om bolnav. Uneori lipsesc accesele tipice de tuse şi avem de-a face doar cu o tuse seacă, provocată de o senzație de uscăciune/iritare a gâtului care se menține câteva săptămâni. După 2-3 săptămâni, tusea se răreşte de obicei şi nu mai este provocată decât de un efort fizic (*stadium decrementi*). La trei săptămâni de la debutul primelor accese de tuse bolnavul nu mai este contagios. În cazuri atipice, tusea poate persista uneori luni de zile[55].

Complicațiile cele mai grave sunt: *pneumonie, bronşită, otită medie acută, encefalopatie (*care se manifestă prin convulsii, comă şi posibile sechele nervoase) şi *decesul.*

Patologia indusă de bacteria *Bordetella pertussis,* este etichetată şi astăzi de unii autori ca fiind una aproape deloc cunoscută şi "misterioasă". Dr. John Robbins de la FDA (*Food and Drug Admninistration* din SUA) recunoştea în 1978 că *"din nefericire, încă nu cunoaştem elementul toxic prin care Bordetella pertussis lezează sistemul nervos central"*, iar Dr. Hans Meyer, tot de la FDA, afirma în 1982 că *"nici la ora actuală nu înțelegem încă pe deplin patologia bolii"*[56]. Cât de "bine" este cunoscută la ora actuală această bacterie, aflăm de la Harris Coulter şi Barbara Fisher: *"Ea este formată din sute sau mii de fragmente de proteine, numite antigene. Cea mai mare proteină poate fi văzută la microscop, dar majoritatea nu sunt vizibile. Cu toate că mulți au-*

[55] M. Hirte, *op. cit.,* 170-171.

[56] Harris L. Coulter, Barbara Fisher, *Dreifachimpfung – Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, 1996, 38.

tori cred că au descoperit antigenele care provoacă leziuni ale sistemului nervos şi atacă sistemul imun, încă nu se cunosc multe aspecte legate de această bacterie"[57]. În 1980, Dr.Vincent A. Fulginiti scria: *"Nu ştim nici de ce copiii îşi revin după tuse convulsivă, nici care dintre antigene produc imunitate față de boală"*. La un simpozion al FDA din 1982, un om de ştiință japonez a atras atenția asupra faptului că *"substanțele toxice pe care le provoacă B. Pertussis sunt răspunzătoare pentru complicațiile neurologice ale bolii, la fel şi în cazul vaccinurilor care conțin bacteria pertussis"*[58].

2. Cum au dispărut epidemiile de tuse convulsivă

Nu există date legate de apariția primelor cazuri de boală (sute de ani sau mai mult), dar primele scrieri despre tusea convulsivă datează din 1578 şi le datorăm medicului francez Guillaume Baillou, cu ocazia izbucnirii în acel an, a unei epidemii în Paris. El descrie accesul de tuse ca fiind unul foarte grav, când *"bolnavul pare că se înneacă...tusea este foarte obositoare şi provoacă vărsături, sau chiar se sparg vene de la creier, ducând la sângerări... au fost afectați în special copiii"*[59]. Medicul englez Thomas Sydenham, care a trăit în sec. XVII, a denumit boala *Pertussis* (lat.: "tuse puternică"). În 1695, au izbucnit epidemii de pertussis în Roma şi Paris. În Scandinavia a izbucnit o epidemie la mijlocul secolului XVIII, iar în Scoția în 1809. Boala, fiind foarte răspândită în toate țările europene, a primit noi termeni, fiecare țară definind-o după una dintre trăsăturile bolii. La noi a fost denumită "tuse măgărească", în Olanda s-a numit "kindt" (copil), fiind vârsta cea mai mult afectată de boală, în Germania "Keuchhusten", etc. *"Morbiditatea şi mortalitatea cea mai ridicată s-a înregistrat în sec. XIX, în familiile din oraşele suprapopulate, unde WC-urile erau comune, în spatele curții, apa pentru gospodării provenea din fântâni descoperite, iar alimentele erau insuficiente şi de proastă calitate"*[60].

Medicii nu ştiau cu ce să trateze această afecțiune şi, ca atare, nu erau luate niciun fel de măsuri: *"...când copiii mergeau la şcoală, se opreau deseori pe drum ca să tuşească, scuipau şi apoi îşi continuau drumul...cei care nu mureau de boală, erau răpuşi de complicațiile bolii..."*[61]. Dr. Sir William Osler spunea că *"dacă e să adăugăm la decesele provocate de boală şi complicațiile acesteia, atunci epidemiile de tuse convulsivă sunt cele mai grave epidemii*

[57] *Ibidem*.
[58] *Ibidem*, 39-40.
[59] *Ibidem*, 28.
[60] *Ibidem*, 28-31.
[61] *Ibidem*.

provocate de vreo boală infectocontagioasă din istorie şi de care au murit cei mai mulți copiii cu vârsta mai mică de 5 ani”[62]. Otitele medii, pneumoniile şi bronşitele erau complicațiile cele mai frecvente, de care deseori mureau copiii. În încercarea de a trata şi vindeca boala, medicii au fost foarte “inventivi”, folosind cele mai diverse substanțe, unele foarte periculoase. În 1793, un medic din New Jersey spunea că, în 100 de ani, nu s-a schimbat nimic important. El a administrat bolnavilor mercur, pentru a provoca o diaree “necesară”. Au fost administrate copiilor şi produse vegetale în scop de a provoca vărsături, prin care trebuia “eliminată o spută infectată”. Alții au folosit ulei de ricin, opiu sau chinină, în “concentrații adaptate pacientului“[63].

Cu toate că nu exista niciun medicament care să amelioreze sau să vindece boala, atât în Europa de Vest, cât şi în America, *epidemiile de tuse convulsivă au început să regreseze, în lipsa oricărui vaccin, începând cu mijlocul sec. XIX, şi până la mijlocul sec. XX.*

Statisticile arată că în America mortalitatea dată de tusea convulsivă a scăzut de la 210 cazuri/1 milion locuitori în 1870, la 21 cazuri/1 milion locuitori în 1940. Acelaşi lucru se constată şi în țările vest-europene. În Anglia, în 1940, mortalitatea a scăzut cu 90% față de sfârşitul sec. XIX. În Suedia, între anii 1911-1915 au murit în jur de 800 copii, apoi mortalitatea a scăzut mult, astfel că în perioada 1951-1955 au mai fost doar 10 decese la copii, iar între anii 1977-1979 nu a mai fost niciun caz de deces din cele 19.000 de cazuri de boală. În Germania (Hamburg), între anii 1901-1905, s-au numărat 986 de decese din cele 7.716 cazuri de boală, ca apoi, în perioada 1951-1955 să se numere 33 de decese din 11.123 de cazuri de boală. *Toate aceste regrese mari au avut loc în lipsa oricarui vaccin anti-pertussis, atât în America, cât şi în Europa*[64].

Acest fenomen nu este deloc unul surprinzător, având în vedere că acelaşi regres era observat şi în cazul celorlalte boli infecțioase: scarlatină, rujeolă, tuberculoză şi tifos. Toate aceste boli, care înainte erau foarte frecvente şi periculoase, nu mai provocau decese decât foarte rar.

Cauzele regresiei epidemiilor de tuse convulsivă[65]**:**

- Una din cauzele regresiei acestor epidemii a fost cu siguranță faptul că *populația s-a imunizat în mod natural față de ele*, după ce atâtea generații, atât din America, cât şi din Europa, au fost expuse tusei convulsive;

---

62 *Ibidem*, 31-34.

63 *Ibidem.*

64 *Ibidem,* 35-36.

65 *Ibidem*, 37.

- un al doilea motiv a fost *îmbunătățirea condițiilor de viață*, atât cele igienico-sanitare, cât şi alimentația copiilor;
- *introducerea antibioticelor* cu care erau tratate complicațiile bolii este cel de-al treilea motiv al scăderii mortalității la sugari şi copii. În comparație cu celelalte boli infecțioase, ale "copilăriei", regresia tusei convulsive diferă puțin de ele: dacă cazurile de boală scad o dată cu decesele datorate scarlatinei, nu acelaşi lucru îl observăm în cazul tusei convulsive, unde, mortalitatea scade mult mai repede decât morbiditatea.

3. Vaccinul Pertussis ("P")

Generalități

Pentru a înțelege amploarea pe care au avut-o reacțiile adverse grave date de vaccinul antipertussis, cu bacteria "întreagă", trebuie să ne reamintim principiul vaccinării: *toate vaccinurile acționează după principiul stimulării artificiale a imunității prin formare de anticorpi, care vor ataca antigenul introdus în organism (bacterie, virus etc.), cu scopul de a preveni boala, cand organismul va veni din nou in contact cu acelasi antigen*. Imunitatea obținută artificial ar trebui să fie la fel sau cât mai apropiată de cea obținută în mod natural, după o infecție sau boală naturală. După cum am observat între timp, acest lucru este imposibil. Imunitatea nu funcționează după principiile matematicii, ci deseori 1+1 poate fac 100, 1000 sau chiar mai mult. Sistemul imun al organismului uman, atât de complex şi atât de puțin cunoscut încă la ora actuală, este redus la o simplă ecuație pe care o poate dezlega orice copil. În realitate, nu este aşa. În cazul vaccinului antipertussis, copilul primeşte un vaccin ce conține o anumită cantitate (controlată) din bacteria pertussis "întreagă" şi apoi "ruptă" în mai multe bucăți. *Teoretic*, mai multe vaccinuri antipertussis administrate succesiv, cu cantități cunoscute din bacterie, urmau să stimuleze progresiv sistemul imun al copilului. *Rezultatele au fost catastrofale*.

Vaccinurile care trebuiau să apere copiii de boală au dus la complicații grave sau chiar la decese. Aşa cum am menționat anterior, *"încă nu se cunoaşte care dintre antigenele bacteriei pertussis stimulează sistemul imun spre apărare şi care atacă sistemul nervos central"*[66]. La Congresul din 1982, Fulginiti remarca un lucru cel puțin surprinzător: *"**Aceleaşi structuri chimice ale bacteriei care stimulează imunitatea, au şi proprietăți toxice**, şi este foarte, foarte dificilă separarea celor două elemente şi obținerea unei siguranțe în ceea ce priveşte apărarea copilului şi evitarea complicațiilor. În-*

[66] *Ibidem*, 42-43.

tâmpinăm mari greutăți în separarea celor două proprietăți ale bacteriei"[67]. **Acesta a fost şi rămâne obstacolul principal în crearea oricărui vaccin antipertussis.** Este şi motivul pentru care cercetătorii au folosit de la început întreaga bacterie pentru obținerea vaccinului, ştiind că oricum nu pot separa "binele de rău". De aici vine şi denumirea de vaccin antipertussis "întreg", folosit atât în SUA, cât şi în majoritatea statelor din lume, până la înlocuirea lui cu vaccinul pertussis "acelular"(actual).

Primul vaccin antipertussis "întreg" şi "atenuat", a fost sintetizat în 1912, de către Jules Bordet şi Octave Gengou**,** cu scopul de a-l folosi în Tunisia pentru a opri extinderea bolii în această regiune. Nici ei nu ştiau cum să despartă cele două tipuri antigenice ale bacteriei şi au folosit bacteria 'întreagă". Ei au cultivat bacteria în recipiente mari, au "omorât-o" termic şi pentru conservare au folosit aldehidă formică, după care au injectat-o copiilor. *Timp de 70 de ani nu s-a schimbat practic nimic* în ceea ce priveşte modul de sinteză a vaccinului, folosindu-se în toți aceşti ani bacteria "întreagă", cu ambele tipuri de antigene, "bune", imunostimulatoare, şi "rele", neurotoxice. Faptul că la sfârşitul anilor'20, în Tunisia, Londra şi Paris, era folosit un vaccinul periculos şi nepurificat, nu era un obstacol pentru producătorii de vaccinuri. Tusea convulsivă făcea sute de victime în rândul sugarilor şi copiilor, scopul principal fiind obținerea cu orice preț a unei imunități în fața bolii. În felul acesta, *sec. XX, urma să marcheze începutul "erei vaccinurilor"*, *situație pe deplin exploatată de către producătorii de vaccinuri*. O astfel de încurajare a dus la apariția pe piață a multor "mici" producători de vaccinuri, atât în SUA, cât şi în Europa[68]. La sfârsitul anilor'30, acest vaccin conținea aceeaşi formulă, adică bacteria "în întregime", sub formă "atenuată". Nu s-au lăsat aşteptate efectele secundare care erau multe şi îngrijorătoare, precum convulsiile şi afectarea SNC. Din acest motiv, *vaccinul nu a mai fost recomandat în Germania, începând cu anii'70*. În această perioadă s-au efectuat mai multe studii epidemiologice în Germania, care au evidențiat *sute de cazuri cu convulsii şi afectarea sistemului nervos din cauza vaccinului folosit*. Între anii 1970-1978, s-au înregistrat peste 100 de cazuri soldate cu sechele nervoase/psihice şi 9 decese la 25.350 de copii vaccinați[69,70].

[67] *Ibidem.*

[68] *Ibidem,* 44-45.

[69] W. Ehrengut, *"Impfschäden nach Pertussis-Schutzimpfung in der Bundesrepublick Deutschland (1970-1978)"*, *Pädiatr Prax* 1986, 32 (4):674-676.

[70] W. Ehrengut, *"Biases in evaluating CNS complications following pertussis immunization"*, in U. Fukuyama et al. (Hg), *Modern perspectives of chil neurology*, The Japanese Society of Child Neurology*,* 1991:131-135.

În America, Harris Coulter a atras atenţia asupra unor simptome alarmante precum *"febră, somnolenţa şi ţipătul ascuţit, apărute după vaccin, care reprezentau debutul unei afectări cerebrale (encefalită postvaccinală) şi care, după ani de zile, se va solda cu sechele nervoase/psihice (sindromul postencefalitic): tulburări de concentrare, de comportament, etc."*[71]. Faptul că a avut dreptate Coulter o dovedeşte şi un studiu britanic, denumit *The National Childhood Encephalopathy Study*, în care s-au urmărit, timp de 10 ani, copiii vaccinaţi antipertussis. Concluzia lui Miller (1993) a fost că *"s-au găsit prea multe cazuri de decese, tulburări neurologice, tulburări de comportament şi dificultăţi la învăţat"*[72].

Din cercetările lui D. C. Classen rezultă că, *după introducerea vaccinului Hib (Haemophillus Influenza) şi a vaccinului împotriva tusei convulsive ("P"), a crescut incidenţa diabetului zaharat tip I. la copiii din Finlanda, în perioada 1974-1976, cu 64%*[73],[74]! Mai multe experimente pe animale au arătat că chiar şi o doză foarte mică de vaccin pertussis "întreg" poate creşte riscul pentru diabet zaharat[75]. Diabetul zaharat tip 1 este o boală autoimună.

În anii 1920-1930, când a existat o perioadă de intensă dezvoltare a vaccinurilor, se dorea vaccinarea sugarului la o vârstă cât mai precoce cu toate vaccinurile, inclusiv cu cel anti-pertussis. Cu toate acestea, numeroşi medici erau sceptici în acestă privinţă. Dr Louis Sauer din Evanston, Illinois, care era un mare activist pro-vaccin şi chiar sintetizase propriul vaccin împotriva tusei convulsive, relata în anul 1941 că *"doar 27% din 89 de sugari vaccinaţi sub vârsta de 3 luni au format anticorpi şi că nu ar trebui vaccinat împotriva tusei convulsive un sugar sub vârsta de 7 luni, deoarece s-a observat că **majoritatea acestor bebeluşi nu posedă încă puterea de a-şi dezvolta un sistem imun sănătos dacă sunt vaccinaţi atât de precoce… Sugarii care au probleme de alimentaţie nu ar trebui vaccinaţi deloc, în special cei născuţi prematuri**"*[76].

---

[71] H. L. Coulter, B Fisher, *op. cit.,* 1996, 46

[72] M. Hirte, *op. cit*., 173.

[73] D. C. Classen, J. B. Classen, *"The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus"*, *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997, 6:449-454.

[74] J. B. Classen, D. C. Classen, *"Claustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with claustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals"*, *J. Pediatr. Endocrinol. Metab* 2003, 16 (4):495-508.

[75] I. R. Vandebrie et al., *"Lung pathology and immediate hypersensitivity in a mouse model after vaccination with pertussis vaccines and challenge with Bordetella pertussis"*, *Vaccine* 2007, 25:2346-2360.

[76] V. Scheibner, *op. cit*., 2000, 57.

Studiile falsificate a producătorilor de vaccinuri

La începutul anilor'90, începe să-şi facă efectul industria vaccinurilor. Cercetările despre vaccinuri, sunt în mare parte acum întreprinse de noua "industrie". În SUA şi Germania au apărut primele studii despre vaccinuri sponsorizate tocmai de către producătorii de vaccinuri, iar rezultatul nu putea fi altul decât unul "foarte bun". Brusc se constată că *"vaccinul împotriva tusei convulsive nu provoacă nici convulsii şi nici afectarea sistemului nervos"*[77],[78]. Cu toate că au existat multe voci alarmante în ceea ce priveşte consecințele grave ale vaccinului împotriva tusei convulsive, vaccinul a fost reintrodus în uz în Germania, începând cu iunie 1991. *"Tragic este faptul că de atunci nici nu se mai pomeneşte în prospectele vaccinului nimic despre posibile reacții secundare grave"*[79,80].

4. Vaccinul pertussis "acelular" (Pa)

Generalități

La mijlocul anilor '90, datorită morbidității şi a mortalității crescute cauzate de vaccinul "întreg", s-a sintetizat un nou vaccin împotriva tusei convulsive, folosindu-se de data aceasta doar "anumite fragmente celulare din bacterie". Despre noul vaccin "acelular", cei care îl produc spun că "este mult mai suportabil şi are efecte secundare rare". Cu toate acestea, la sugari va trebui să fie administrat de 4 ori: de 3 ori, la intervale mici de timp (între 4-8 săptămâni) şi a 4-a oară la un an[81]. Alte studii arată cu totul altceva: noul vaccin provoacă şi el reacții adverse severe. Motivul este cel descris anterior**:** ***"Aceleaşi structuri chimice ale bacteriei care stimulează imunitatea, au şi proprietăți toxice****, şi este foarte dificilă separarea celor două elemente şi obținerea unei siguranțe în ceea ce priveşte apărarea copilului şi evitarea complicațiilor. Întâmpinăm mari greutăți în separarea celor două proprietăți ale*

[77] M. R. Griffin et al., *"Risk of seizures and encephalopathy after immunization with the Diphterai –Tetanus-Pertussis vaccine"*, *J. Am Med Asociation* 1990, 263:1641-1645.

[78] K. Stehr et al., *"Rehabilitation der Pertussisimpfung"*, *Pädiatr Pax* 1994, 47:175-183.

[79] J. L. Gale et al., *"Acute neurological illness and DTP. Report of a case-control study in Washington and Oregon"*, în C. R. Manclark,.(Hg):*Sixth International Symposium on Pertussis*, Abstracts, Bethesda, Maryland, Dpt. Health and Human Services, 1990:228-229.

[80] K. R. Wentz, E. K Macruse, *"Diphteria-tetanus-partussis vaccine and serious neurologic illness :an updated review of the epidemiologic evidence"*, *Pediatrics* 1991, 87:287-297

[81] H. L.Coulter, B. Fisher, *op. cit.,* 1996, 43.

bacteriei"[82]. Acesta a fost şi rămâne obstacolul principal în crearea oricărui vaccin antipertussis, celular ("întreg") sau acelular ("pe bucăți").

Efectul vaccinului asupra bolii. **Prin administrarea vaccinului nu vom opri boala**. În timp ce boala naturală lasă o imunitate naturală (protecție împotriva unei noi îmbolnăviri) de maximum 10 ani, vaccinul are ca rezultat o protecție nesigură şi pentru o perioadă de timp mai scurtă. Ultimul vaccin "acelular", cu atât mai puțin. *"Deja după 4 ani de la ultima vaccinare, creşte receptivitatea la boală*[83,84]*,* observă medicii pediatri. **În final, se obține doar o amânare a bolii cu câțiva ani.** Statistica per global ramâne neinfluențată, iar bacteria "circulă" în continuare fără probleme în societate. În Suedia, numărul şcolarilor care fac boala se apropie de nivelul anilor de dinainte de vaccin[85]! Şi în SUA cifrele celor bolnavi de tuse convulsivă cresc începând cu 1980 de 10 ori (!), iar astăzi ele sunt la nivelul anilor'50[86]! Ne punem atunci întrebarea: **Care este atunci rostul acestui vaccin, deloc inofensiv?**

Efectele secundare ale vaccinului. **Noul vaccin, "acelular" (notat "Pa" în loc de "P') poate provoca reacții secundare severe**. Din primul an de la schimbarea vaccinului DTP cu DTPa, Institutul Paul Ehrlich (IPE) din Germania primea deja o serie de sesizări privind reacții secundare după vaccin. Enumerăm pe cele înregistrate în anul 1995 ("Impfreactionen 1995"):

- *țipăt ascuțit;*
- *reacții alergice;*
- *trombocitopenii;*
- *adenopatii (umflarea ganglionilor);*
- *spasmofilie;*
- *tulburări nervoase (pareze, paralizii);*
- *encefalite;*
- *meningite;*
- *12 decese.*

---

[82] *Ibidem.*

[83] S. Lugauer et al., *op. cit*., 2000, 146.

[84] S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., *"Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitits B vaccine in comparision with that natural infection". Infect Immun* 2001, 69 (7): 4516-4520.

[85] L. Gustafsson, L. Hessel, J. Storsaeter, P. Olin, *"Long-term foolow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age"*, *Pediatrics* 206, 118 (3): 978-984.

[86] M. Hirte, *op. cit*., 175-176.

Se crede că o componentă a toxinei din vaccinul antipertussis acelular (Pa) poate inhiba semnalele pentru receptori care joacă un rol important în dezvoltarea sistemului nervos la sugari, provocând leziuni nervoase[87].

Un studiu suedez a fost întreprins între anii 1986-1987, cu două tipuri de vaccin pertussis acelular, sintetizate în Japonia de către Institutul de Stat pentru Sănătate al Japoniei (JNIH), vaccinurile fiind denumite JNIH-6 si JNIH-7. S-au luat în studiu 3.801 de sugari, cu vârsta cuprinsă între 6 şi 11 luni. Dintre aceştia, 1.400 au fost vaccinați cu unul din cele două tipuri de vaccin, iar un număr de 954 de sugari au format grupul de control la care li s-a injectat un preparat "placebo". *Acesta din urmă nu avea antigenul acelular pertussis, dar conținea adjuvanții toxici din vaccin: Thiomersal (mercur), fosfat de aluminiu* şi o substanță de fixare. Cu alte cuvinte, era *un placebo "fals"*, deoarece conținea substanțe neurotoxice şi alergizante. Avantajul a fost acela că, cu ajutorul lui, s-au putut compara reacțiile adverse date de vaccin, atât din cauza antigenului, cât şi din cauza adjuvanților toxici. Rezultatul a fost unul surprinzător: *reacțiile adverse erau asemănătoare* la cele trei tipuri de grupuri de copii, cu puține variații:

- *hipotonie musculară*: 0,5% la copiii vaccinați cu JNIH-6, 0,5% la cei vaccinati cu JNIH-7 şi 0,6% la grupul "placebo";
- *convulsii/spasme*: 0,3% la cei cu vaccinul JNIH-6, 0,5% cu JHIH-7 şi 0,4% la grupul de control care a primit "placebo" ;
- *țipăt strident*, continuu, timp de una sau mai multe ore: 0,3% cu vaccinul JNIH-6, 0,7% cu JNIH-7 şi 0,8% la cei cu placebo (!);
- *anorexie*: 7.1% după vaccinul JNIH-6, 6,2% cu vaccinul JNIH-7 şi 6,1 la cei cu "placebo";
- etc.

Care sunt concluziile?

- constatăm că reacțiile adverse apărute sunt destul de frecvente şi destul de grave, nicidecum medii sau uşoare;
- reacțiile adverse sunt date nu doar de "bacteria pertussis, fragmentată, acelulară", ci şi de adjuvanții toxici din vaccin, mercur şi aluminiu (grupul "placebo" o dovedeşte);
- cu toate acestea, autorii au considerat rezultatul un "succes", afirmând că vaccinurile au protejat copiii vaccinați de tuse convulsivă, deşi în

[87] ASM (American Society for Microbiology): Another reason for Whooping Cough – Induced Brain Damage :Are Acellular Vaccine Safe? 16-th general Meeting of the American Society for Microbiology Mai 2006, Orlando, Florida. http://www.asm.org/Media/index.asp?bid=42799

următoarele 30 de zile după vaccin s-au numărat destule cazuri de boală în rândul copiilor vaccinați;

- ne întrebăm, de ce nu au încercat să explice şi motivul pentru care, la grupul "placebo", sute de copii nu s-au îmbolnăvit de boală (tuse convulsivă), dar au prezentat aceleaşi reacții adverse cu cei vaccinați; vaccinul nu doar că nu a prevenit boala la mulți dintre ei, dar a provocat multe reacții adverse grave, atât din cauza antigenului "acelular", cât şi din cauza adjuvanților neurotoxici din vaccin; *nu a existat nicio corelare între concentrațiile de anticorpi serici şi nici nu s-a aflat perioada în care există o eventuală protecție pentru boală*;
- autoritățile sanitare au concluzionat că *"mecanismele patogene prin care vaccinul poate preveni boala sunt în continuare necunoscute, iar rolul imunității celulare şi a anticorpilor secretori trebuie în continuare studiate..."*[88].

Reacții şi complicații postvaccinale

1) *Reacții locale:* roşeață, durere şi inflamație la locul injecției, care sunt cu atât mai frecvente, cu cât numărul vaccinurilor administrate concomitent este mai mare (la fel ca în cazul vaccinului tetanic, deoarece se acumulează substanțele toxice şi alergice în organism).

2) *Febra*: este o reacție frecventă, produsă de vaccinuri. O febră foarte mare (40, 5 grade), este mai rară (1/15.000 cazuri), dar apare şi după noul vaccin, "acelular"[89].

3) *Convulsii*: ele pot însoți reacțiile febrile intense, când sunt denumite convulsii febrile. Se constată o astfel de reacție la 16.000 de cazuri. Dacă se vor face 4 sau 5 vaccinuri concomitent, acest risc creşte de 4, respectiv de 5 ori[90].

4) *Țipătul ascuțit, necontrolabil, denumit şi "țipăt encefalitic"*, este o reacție adversă care arată o afectare a sistemului nervos. Totodată este o reacție cunoscută la vaccinurile antipertussis cu bacterii "întregi". S-a constatat însă că acest simptom/reacție adversă apare şi după noul vaccin pertussis, "acelular", la 1 din 500 de cazuri[91]. În ce măsură această reacție din partea

---

[88] V Scheibner, *op. cit.,* 2000, 66-69.

[89] M. A. Überall, K. Stehr, J. D. Cherry, U. Heininger, S. Schmitt-Grohe, S. Laussucq, T. Eckhardt, *"Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany I infants receiving either the Ledrele/Takeda acellular pertussis component DTP (DTPa) vaccine, the Ledrele wholecell component DTP (DTP) or DT vaccine. The Pertussis Vaccine Study Group". Dev Biol Stand* 1997, 89:83-89.

[90] V. Scheibner, *op. cit*., 2000, 69.

[91] M. A. Überall et al., *op. cit.,* 1997, 89.

sistemului nervos afectat va lăsa şi sechele, nu se ştie[92]. Ştim însă că "țipătul encefalitic" reprezintă deseori debutul unei *encefalite pstvaccinale*, care se poate vindeca sau poate lăsa sechele, când vorbim de *sindromul postencefalitic*, adică sechele, dintre care Harris Coulter aminteşte *"tulburările de concentrare şi de comportament"*[93].

5) *Episoade de hipotonie, cu hiporeactivitate*: este vorba de stări asemănătoare unui colaps care, în timp de 48 de ore după vaccinare, se conturează astfel: stare confuză, hipotonie musculară şi colorația albăstruie (cianoză) a pielii. Tulburarea cunoştinței atestă o posibilă afectare nervoasă, care poate avea repercusiuni tardive, dar care nu sunt încă studiate suficient. Astfel de episoade s-au observat destul de frecvent după vechiul vaccin, dar apar şi la noul vaccin, după unii autori, de 3-4 ori mai puțin frecvente[94],[95]. Ute Quast vorbeşte de o frecvență de 1 /1000 – 1/100.000 de cazuri, în funcție de vaccin[96].

6) *Encefalita postvaccinală,* denumită în termini de specialitate şi "*Encefalită acută demielinizantă" (ADEM)*, este mai rară, dar cu posibile sechele nervoase severe. Această complicație apare şi *după alte vaccinuri: antidifteric, ROR (rujeolă- urlian-rubeolă) şi antigripal.* Simptomele pot fi foarte variate: tulburări de mers, paralizii, tulburări de vedere, convulsii, pierderea cunoştinței. În SUA această encefalopatie este recunoscută ca fiind o *"reacție secundară postvaccinală severă", dacă ea apare în primele 3 zile de la vaccin*[97]. Această "încadrare" este total greşită (rigidă), având în vedere că *encefalita poate apare şi la câteva săptămâni după vaccin*[98].

7) *Reacții alergice acute*

---

[92] M. Hirte, *op. cit*., 179.

[93] H. .L. Coulter, Review of Marie R. Griffin *DTP study*. *Unplubished, 1990a*, citat la *Neustaetter*, 1997.

[94] D. W. Scheifele, *"Marked reduction in febrile seizures and hypotonic –hy-responsive episodes with acellular pertussis – based vaccines: results of Canada – wide surveillance 1993-1998"*, 37-th Annual Meeting of the infectious Diseases Society of America; Philadelphia, Pa; 18-21.November 1999, *Session 36, Abstract* 31.

[95] T. S. DuVernoy, M. M. Braun, *"Hypotonic – hyporensponsive episodes reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1996-1998"*, *Pediatrics* 2000, 106 (4):E52.

[96] Aventis Pasteur MSD:Hexavac Productmonographie 2000.

[97] HRSA (Health Resources and Services Administration):Vaccine Injury Table March 24, 1997. http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm

[98] J. M. Murthy, *"Acute disseminated encephalomyelitis"*, *Neurol India* 2002, 50: 238-243.

Uneori apare *urticaria,* ca expresie a unei alergii la vaccin[99]. *Şocul alergic* este mai rar, dar se numără între reacţiile postvaccinale severe, ce pot duce la deces[100].

8) *Boli alergice şi autoimune*

Sistemul imun al sugarului (0-1 an) poate fi afectat de vaccinul pertussis, soldându-se cu *boli alergice şi autoimune.* În primele 6 luni de viaţă sistemul imun al sugarului este în formare şi reacţionează în mod exagerat la vaccinuri, inclusiv la vaccinul antipertussis nou, "acelular", prin formarea în exces de anticorpi Ig E şi alte substanţe înrudite (citokine, macrofage etc.)[101]. *"Datele noastre arată că profilul citokinelor este modificat la un sugar de 6 luni care până atunci a fost vaccinat la 2, 3 şi 4 luni",* afirmă autorii unui studiu. Aceiaşi autori au cerut autorităţilor studii aprofundate despre noul vaccin (dar fără niciun rezultat până acum), deoarece *nu există la ora actuală studii despre posibilele boli alergice provcate de vaccinul pertussis acelular la sugar, ci doar la copiii preşcolari*[102].

Animalele pe care s-a experimentat vaccinul pentru tusea convulsivă, au reacţionat în mod exagerat când au fost infectaţi cu bacteria care provoacă boala, aflându-se în plămânii lor substanţe pro-alergene. Ar trebui luat în considerare şi acest aspect, având în vedere că şi copiii vaccinaţi vor veni în contact cu bacteria care provoacă boala. Un studiu relevant în acest sens este cel al unui grup de cercetători din Olanda, care au observat incidenţa diferită a bolilor alergice la două loturi de copii, cu vârsta cuprinsă între 8 şi 12 ani, dintre care 50% au fost vaccinaţi împotriva tusei convulsive şi 50% nu. Copiii luaţi în studiu făcuseră cu toţii boala (tusea convulsivă) – atât cei vaccinaţi, cât şi cei nevaccinaţi. Rezultatul a fost că *"un mare procent din copiii vaccinaţi sufereau de boli alergice precum astm bronşic, rinită alergică, boala «de fân» şi alergii alimentare, în timp ce la copiii nevaccinaţi nu a crescut deloc riscul unor astfel de boli alergice"*[103]. După un alt studiu (britanic), *"copiii vaccinaţi împotriva tusei convulsive au un risc de 5 ori mai mare ca să dez-*

---

99 M. Sakaguchi, T. S. NakayamaInouye, *"Cases of systemic immediate-type urticaria associated with acellular diphtheria-tetanus-pertussis vaccination"*, *Vaccine* 1998, 16 (11-12): 1138-1140

100 HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997. http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm,

101 F. Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure et al., *"Modulation of the infant immune responses by first pertussis vaccine administrations"*, *Vaccine* 2007, 25 (2):391-398.

102 M. Hirte, *op. cit*., 181.

103 R. M. Bernsen, N. J. Nagelkerke, C. Thijs, J. C. Van der Wouden, *"Reported pertussis infection and risk of atopy in 8- to 12-yr-old vaccinated and nonvaccinated children"*, *Pediatr Allergy Immunol* 2008, 19 (1):46-52.

volte ulterior un astm bronşic alergic!”[104]. La fel, şi studiile din SUA au putut demonstra o legătură evidentă între vaccinul DTP şi creşterea exagerată a bolilor alergice până la vârsta de 16 ani[105].

Alături de vaccinul DTP, mai sunt 2 cauze care cresc incidența bolilor alergice la sugari şi copii: *“folosirea antibioticelor şi bolile alergice ale mamei”*[106]**.**

În concluzie*, “nu este de mirare că numeroasele studii leagă acest vaccin de incidența crescândă a bolilor alergice din lume”*[107]*.*

Alte reacții adverse şi complicații postvaccinale sunt tratate împreună cu vaccinul combinat, “DTP”.

III. Vaccinul diftero-tetano-pertussis (DTP şi DTPa)

Vaccinul difteric a fost descris la cap. 2, iar vaccinurile tetanic şi pertussis le descriu în acest capitol. Am lăsat la urmă vaccinul combinat, trivalent, DTP, deoarece a apărut ultimul pe piață, fiind totodată cel mai controversat vaccin la ora actuală, despre care s-a scris cel mai mult, iar cea mai mediatizată carte aparține autorilor Harris Coulter şi Barbara Fisher: *DTP: A Shot in the Dark.* O parte a reacțiilor adverse severe ale vaccinului DTP, precum şi cazuri clinice, le-am prezentat şi în cap. 3.

1. Istoric

Între anii 1930-1950*,* medicii căutau o metodă prin care să producă un vaccin antipertussis, adecvat unei vârste cât mai mici a sugarului, precum şi posibilitatea combinării vaccinului antipertussis cu alte două: anti-tetanos şi anti-difteric. *Ceea ce s-a adăugat vechiului vaccin antipertussis, sintetizat de Bordet şi Gengous, a fost o substanță numită “adjuvant”*. Adjuvanții, asa cum am văzut, sunt substanțe chimice (*săruri de metale grele: fosfat de*

[104] M. R Odent, *“Pertussis vaccination and asthma:is there a link?”*, *JAMA* 1994, 272 (8): 592-593.

[105] E. L. Hurwitz, H.: Morgenstern, *“Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratpry symptoms among children and adolescents in the United States”*, *J. Manipulative Physiol Therap* Feb 2000, 23 (2): 81-90.

[106] M. Farooqi et al., *“Acute neurological illness and DTP: Report of a case-control study in Washington and Oregon!”*, în: C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis. Abstracts*, Bethesda, Maryland: Dpt. Health and Human Services, 1990:228-229.

[107] M Hirte, *op. cit.*, 182-183.

aluminiu, hidroxid de aluminiu) care stimulează sistemul imun să producă anticorpi. Modul în care se produce aceasta "imunostimulare" nu este bine cunoscut nici până în ziua de azi (vezi cap. 3). În 1943, *Dr. Pearl Kendrick*, care şi-a asumat "menirea" de a face cât mai cunoscut vaccinul antipertussis şi de a-l propune pentru vaccinarea în masă, în urma unui studiu efectuat la John Hopkins Medical School, în primăvara anului 1932, şi apoi a altor studii personale, scrie despre *aluminiu* că este *"metalul care are o astfel de capacitate şi, cu «ajutorul» lui, vaccinul antipertussis este mai eficient şi poate conţine un număr mai mic de bacterii"*[108]. După această "constatare", este introdus în vaccin aluminiul ca adjuvant. Tot Dr. Kendrick îi datorăm în mare parte şi combinarea vaccinului antipertussis cu alte două – tetanos şi difteric – care erau pe piaţă deja din anii '40. În 1942, Kendrick folosea drept "argument" pentru combinarea celor trei vaccinuri "o simplificare" a vieţii copiilor, dar şi a părinţilor şi a medicilor. S-a mers până acolo încât s-a afirmat că vaccinul antipertussis lucrează ca un "adjuvant" pentru vaccinul difteric, ambele fiind mai active împreună. Din aceleaşi motive a fost adăugat şi vaccinul tetanos. *De atunci există pe piaţă, în întreaga lume, trivaccinul DTP, aşa cum îl cunoaştem în ziua de azi*[109].

Motivul real pentru care au fost combinate cele trei vaccinuri a fost acela ca, atunci când apar reacţii adverse grave sau complicaţii postvaccinale severe, să nu poată fi puse pe seama uneia dintre cele trei componente, mai ales a vaccinului antipertussis, pentru care existaseră deja prea multe tentative de a fi scos pentru totdeauna de pe piaţă.

Din nefericire, nimeni nu a ţinut cont de afirmaţiile făcute de Dr. Sauer referitor la interzicerea vaccinurilor la sugarii mai mici de 7 luni. Dimpotrivă, Dr Wallace Sako, din New Orleans, îl contrazice pe Sauer şi recomandă medicilor să înceapă vaccinarea cu DTP la vârsta de 2 luni la toţi bebeluşii, începând cu anul 1945, pe considerentul că, dacă vaccinurile DT (antidifteric şi antitetanos) pot forma anticorpi la bebeluşi, ar fi normal să o facă şi vaccinul P (antipertussis). În felul acesta, încetul cu încetul, medicii din America s-au obişnuit cu efectuarea trivaccinului DTP. În SUA, vaccinul DTP este obligatoriu pentru frecventarea instituţiilor de stat (grădiniţe şi şcoli)[110]. Nu s-a considerat a fi de o importanţă atât de mare vârsta la care un copil produce

[108] Carolyn G. Shapiro-Shapin, *"Historical Review: Pearl Kendrick, Grace Eldering and the Pertussis Vaccine"*, *Emerging Infectious Diseases Journal*, August 2010.http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/8/10-0288_article.htm

[109] H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit*., 1996, 47.

[110] V. Scheibner, *op. cit*., 79.

anticorpi şi poate fi începută vaccinarea, cât a fost de importantă comoditatea medicilor care efectuează vaccinarea. În felul acesta, o dată cu vaccinarea, medicii pediatri efectuau şi controlul periodic al sugarului. *Nimeni nu a atras atenția asupra creşterii incidenței reacțiilor adverse neurologice ale vaccinului la o vârstă atît de fragedă sau a morții subite la sugar (SIDS).* Se uitase un principiu esențial al Pediatriei: *"cu cât greutatea unui copil este mai mică, cu atât doza medicamentului trebuie să fie mai mică*". Cu toate acestea, un sugar de 2 luni, care cântăreşte aproximativ 9 livre (1 livră=453,59 grame, 9 livre fiind aproximativ 4,1 kg), primeşte aceeaşi doză de vaccin ca şi un copil preşcolar cu o greutate de 50 de livre (echivalentul a 23 kg aprox.)! Nu a fost testată deloc toxicitatea vaccinului pertussis la sugarii mici, de 2 luni. Singurele teste au fost cele efectuate în Marea Britanie, la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 şi 18 luni, majoritatea fiind mai mari de 14 luni! Americanii s-au mulțumit mereu – aşa cum o fac şi la ora actuală – cu testele efectuate de către englezi[111]. Cu toate că au apărut câteva cazuri de convulsii în primele 72 de ore şi numeroase astfel de reacții în decurs de 28 de zile de la vaccin, vaccinul DTP a fost acceptat şi apoi administrat sugarilor din Anglia. Până în ziua de astăzi, una dintre "recomandările" Ministerului Sănătății din Anglia este aceea ca, în cazul DTP, vaccinarea să se facă doar începând cu vârsta de 6 luni, dacă se doreşte o reacție imunologică mai bună, iar a doua şi a treia doză să se facă după 4-6 luni. Cu toate acestea, The American Public Health Service şi The American Academy of Pediatrics (AAP) recomandă ca trivaccinul DTP să se administreze sugarilor din America la vârsta de 2, 4 şi 6 luni, iar cele două revaccinări la 18 luni şi în perioada 4-6 ani[112].

În România, recomandările pentru vaccinul DTP sunt: primovaccinarea la 2 luni, urmată de câte o doză la 4 şi 6 luni iar revaccinarea la 12 luni şi la 4 ani. *În total sunt 5 doze de vaccin DTP* (conform Programului Național de Imunizare).

În 1982, William C. Torch, medic neurolog şi director al secției de Neurologie de la Clinica Universitară din Nevada, atrage atenția asupra vaccinului DTP că ar putea provoca moartea subită a sugarului. Concluzia lui a fost: *"**datele noastre arată că vaccinul DTP reprezintă una dintre cauzele, încă neştiute până acum, ale morții subite a sugarului.** Ca urmare, ar trebui aprofundate studiile despre acest vaccin"*[113].

[111] H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit*., 1996, 58-61.
[112] *Ibidem*, 62.
[113] M. Hirte, *op. cit*., 173.

Trei firme private au fost, de 10 ani încoace, cele mai mari producătoare de vaccinuri DTP: *Wyeth Laboratories, Lederle Laboratores* (secția companiei americane *Cyanamid*) şi *Connaught Laboratories.* La toate trei găsim în prospectul vaccinului, o listă lungă de reacții adverse severe şi alta cu contraindicațiile. Firma Wyeth Laboratories a dat un comunicat în 1984 prin care anunța scoaterea componentei pertussis (P) din DTP. Comitetul pentru Bolile Contagioase ale AAP (*American Academy of Pediatrics*) raporta periodic un comunicat scris, numit apoi şi "Cartea roşie", folosit în special de către medicii pediatri privați şi care conținea reacțiile adverse severe, precum şi contraindicațiile vaccinurilor. Organizația CDC (*Centers for Disease Control*, trad.: Centrul de Control al Bolilor/Epidemiilor din America) emitea, de asemenea, un comunicat periodic cu reacțiile adverse şi contraindicațiile vaccinurilor, folosit apoi de către medicii din spitale. Spre exemplu, la întrebarea *"Cât de mare trebuie să fie febra la un copil vaccinat cu DTP?",* răspunsurile găsite sunt variate: în "Cartea roşie" emisă de AAP , la pag. 11, citim o valoare a temperaturii de 39,5 grade Celsius, pe când la pag. 205 scrie 40,5 grade C, iar în prospectul firmei Wyeth găsim, de asemenea, două valori diferite: 39,5 şi 40,5 grade C, în locuri diferite. *O astfel de temperatură ridicată, care apare în primele 24 de ore după vaccin, constituie o contraindicație absolută pentru o nouă vaccinare*. Dacă aici nu se suprapun toate răspunsurile, ele o fac în schimb la AAP şi la ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*), în cazul unor afecțiuni neurologice apărute după vaccinul antipertussis, precum: *țipăt ascuțit, convulsii epileptice, encefalite, colaps etc., care sunt contraindicații absolute pentru o altă vaccinare antipertussis*. În schimb, în "Cartea roşie" (1982) este descrisă doar o posibilă apariție a unor reacții adverse, precum febra şi starea de rău general, " în primele ore de la vaccin", dar nu este amintită deloc perioada în care pot apărea simptomele neurologice amintite mai sus: convulsii, encefalite sau stări de colaps/leşin.

Întrebarea care se pune este: *"Ce să facă un medic cu astfel de informații rău definite, ba chiar contradictorii?"*. În unele state din SUA, vaccinul antipertussis este cerut ca obligatoriu, iar medicul ştie că un copil, ca să poată frecventa şcoala, are nevoie de un număr exact de vaccinuri (după legea *"No vaccination, no school"*). Dacă nici producătorii de vaccinuri nu ajung la un consens, cum s-o facă medicul care, de cele mai multe ori, nu va şti care sunt contraindicațiile unui vaccin şi pe care nu le-a învățat la Facultatea de Medicină. Un studiu efectuat de către Dr. Janice Cockrell în 1982, la 10 cabinete medicale pediatrice, arată că ***"definirea unor reacții adverse medii şi grave, după vaccinul DTP, nu erau deloc clare pentru medici, de altfel foarte bine***

pregătiți profesional. Or, acest lucru este destul de grav având în vedere că un medic administrează în medie un vaccin/zi"[114]. Mai grav a fost faptul că aceşti medici nici măcar nu recunoşteau o "criză convulsivă/epileptică" la sugar (care are anumite particularități, specifice vârstei), după cum reiese din cazul fetiței Theresa, unul dintre multe altele, prezentat mai jos (pct. 2).

2. Prezentare

Vaccinul D.T.COQ:

- este produs de SANOFI PASTEUR;
- conține: *anatoxină difterică purificată, anatoxină tetanică purificată, bordetella pertussis;*
- *reacții adverse:* dureri, eritem sau noduli la locul injecției, febră (38-39 grade Celsius) timp de 1-2 zile. *Rar*: febră 40 grade C, sindromul plânsului encefalitic, convulsii, encefalopatie sau şoc (1: 100.000 vaccinări). În prospect este specificat faptul că *"aceste simptome dispar spontan, dar contraindică alte vaccinări împotriva tusei convulsive"*[115].

După cum arată numeroase studii şi cazuri relatate în acest capitol, *specificarea este falsă*, deoarece, în multe cazuri, simptomele encefalitelor postvaccinale "nu dispar", ci se complică, atunci când vorbim de sindromul postencefalitic, cu sechele postvaccinale tardive: ADHD, autism ş.a.

Vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit (VCDTP):

- produs de Institutul Cantacuzino din Bucureşti;
- reacțiile adverse sunt practic aceleaşi, dar se specifică faptul că *"imunizarea cu VCDTP va fi întreruptă la copiii care au prezentat encefalopatie evolutivă în primele 7 zile de la vaccinare"*[116];
- în cartea *Vaccinuri şi vaccinări în practica medicală*, autorii români precizează: *"**precauțiile vaccinării** sunt reprezentate de antecedente cu apariția în primele 48 de ore de la administrarea unei doze de DTP a reacției febrile de peste 40,5 grade Celsius, a stării de colaps, a şocului sau a plânsului persistent (plâns continuu de peste 3 ore), precum şi manifestarea în primele 3 zile a sindromului convulsiv. **Prezenta unor afecțiuni neurologice** necesită o decizie individualizată de continuare a vaccinării cu DTP sau renunțarea la acesta şi continuarea schemei de*

---

[114] H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 317- 323.
[115] *Agenda Medicală* 2012, 860.
[116] *Ibidem*, 884-885.

vaccinare cu DT"[117]. Atât "precauțiile" privind antecedentele familiale, cât şi "decizia individualizată" de continuare a vaccinurilor sunt două concepte practic deloc cunoscute de părinții copiilor şi foarte puțin cunoscute chiar de către medicii de familie din România. Totodată ele sunt destul de evasive iar decizia medicului sau a părintelui va fi una dificilă. Lipsa informării părinților sau chiar dezinformarea lor legată de posibile complicații grave postvaccinale şi posibilitatea întreruperii acestora a dus şi în țara noastră la apariția bolilor cronice severe la copii. O supraveghere foarte atentă a fiecărui copil vaccinat şi oprirea oricarei vaccinări în momentul apariției reacțiilor adverse sus-menționate este datoria medicului de familie. Interesant este faptul că nici specialiştii nu acordă atenția cuvenită reacțiilor adverse severe după DTP, când afirmă că ***"vaccinul nu se contraindică*** *în caz de febră sub 40,5 grade Celsius, după o doză anterioară de vaccin, antecedente familiale de convulsii, reacții adverse grave familiale sau decesul subit al unui sugar"*[118]. Situația din țara noastră seamănă izbitor cu cea din America, iar pentru medicii din România ea rămâne în continuare una confuză. Rămâne ca părinții să decidă dacă-şi doresc copii sănătoşi sau nu...

Vaccinuri combinate: Tetravaccin, Pentavaccin şi Hexavaccin.

Observație: Din cauza numeroaselor complicații postvaccinale, apărute după DTP, acesta a fost combinat la rândul său cu alte vaccinuri, rezultând cunoscutele Tetra-, Penta- şi Hexavaccinuri. Prin combinarea DTP cu alte vaccinuri, vor fi "ascunse" posibilele reacții adverse, şi astfel nu se va şti care dintre componente sunt responsabile pentru eventualele complicații apărute. Pe de altă parte, se face mereu referire la vaccinul pertussis, care este contraindicat în cazul apariției reacțiilor adverse "rare" (țipăt encefalitic etc.), ceea ce dovedeşte o recunoaştere "indirectă" a posibilelor complicații severe ale acestuia.

3. Reacții adverse şi complicații postvaccinale

În cap. 3, am definit "reacțiile adverse şi complicațiile postvaccinale", menționând faptul că unele dintre ele sunt recunoscute de către autoritățile sanitare din SUA şi țările europene, altele nu. *Reacțiile adverse şi complicațiile care au fost recunoscute ca fiind provocate de vaccinurile antipertussis*

---

[117] M. I. Brumboiu, S. I. Bocşan, *op. cit.*, 2005, 88.

[118] *Ibidem.*

(P) şi DTP, cu condiţia ca ele să apară într-un anumit interval de timp după vaccin, sunt[119]:

- *ţipăt prelungit* după vaccinul antipertussis (Pa), urmat de *encefalopatie*;
- *leziuni nervoase* (nevrita plexului brahial, etc.) după vaccinul antitetanos şi DTP (diftero-tetano-pertussis);
- *encefalpatie acută* după vaccinul DTP.

Intervalul de timp necesar pentru ca să fie recunoscute complicaţiile postvaccinale este (Redbook 2000)[120]:

- *0-3 zile de la vaccinul antipertussis (şi DTP) pentru encefalopatie;*
- *2-28 de zile de la vaccinul antitetanos, pentru nevrita plexului brahial.*

Aceste intervale "impuse" sunt false, aşa cum au dovedit-o Harris Coulter şi Barbara Fisher, alături de mulţi alţi autori.

Referitor la vaccinul DTP, în emisiunea TV "*DTP : Ruleta vaccinurilor*", din 1982, microbiologul Bobby Young spunea:*"Dacă după vaccinul DTP, copilul nu va fi condamnat neapărat la o viaţă cu un handicap grav,….câţi însă dintre sugari nu vor suferi sau vor suferi, într-o formă sau alta, după vaccinul DTP? Ei toţi sunt vaccinaţi."* Pentru luarea unei astfel de poziţii, Young a fost aspru criticat de către FDA (Food and Drug Administration) şi Lumea Medicală din America. Lui Young însă i-a dat dreptate în mod surprinzător, imunologul Dr. Daniel Levitt, PhD, de la Guthrie Research Institute din Sayre, Pennsylvania, spunând :*"Afirmaţia lui Young reflectă cel mai bine adevărul. Noi într-adevăr nu ştim care sunt efectele acestui vaccin asupra sistemului imun decât într-o mică măsură. Este acest lucru îngrijorător? Poate da, fiindcă este vorba de un sugar. Situaţia este aceeaşi pentru majoritatea medicamentelor şi a vaccinurilor. Noi nu cunoaştem toate efectele lor asupra sistemului imun."* [121]

Copiii reacţionează în mod diferit la vaccinuri[122] (nici nu se poate altfel, deoarece sistemul imun al fiecărui om reacţionează diferit, în funcţie de foarte mulţi factori, care nu sunt cunoscuţi în marea lor majoritate, care nu pot fi prevăzuţi şi, ca urmare, nu va putea exista vreodată un vaccin cu risc "zero" pentru boli grave sau chiar decese):

---

[119] K. R. Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington D.C., 1994.

[120] M. Hirte, *op. cit*., 84.

[121] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit*, 1996, 90-91.

[122] *Ibidem,* 89-90.

- *unii reacţionează cu semne şi simptome moderate*, printr-o înroşire locală, însoţită de subfebrilitate (febră sub 38 grade Celsius) şi o sensibilitate uşoară la locul injecţiei;
- *Alţii (mai puţini), reacţionează puternic/exagerat*, la aceştia vaccinul cauzând boli grave, deseori cu sechele grave, nevindecabile, în special neurologice (epilepsie, paralizii) şi psihice (retard psihic etc.), cu dizabilităţi grave şi care nu vor putea duce niciodată o viaţă normală;
- *un alt grup de copii se află între cele două "extreme"* descrise anterior, la care se observă o afectare, în grade diferite, a dezvoltării lor staturo-ponderale, neurologice şi psihice. Aceşti copii vor dezvolta *"boli cronice, tulburări de comportament, de atenţie şi de concentrare [...], unele dintre ele fiind vizibile doar când încep şcoala, la 6-7 ani, şi când sunt etichetaţi ca fiind «hiperactivi»"*[123].

Un vaccin poate provoca reacţii adverse în diferite stadii. Spre exemplu, vaccinul antipertussis poate provoca o reacţie acută, locală, imediat după injecţie, care poate fi limitată, urmată de o vindecare completă. O reacţie acută gravă, care nu se vindecă, poate duce însă şi la un handicap îndelungat, fizic, psihic, emoţional şi neurologic, care poate persista întreaga viaţă.

În continuare voi prezenta **toate reacţiile adverse şi complicaţiile apărute după vaccinul DTP,** constatate şi demonstrate de către autorii H. Coulter şi B. Fisher în cartea lor *DTP: The Shoot in the Durk* (germ.: *Dreifachimpfung. Ein Schuss ins Dunkle*), din care am preluat aceste studii, dar şi de alţi autori, oameni de ştiinţă şi cercetători, profesori de Medicină ş.a. Majoritatea reacţiilor secundare sunt atribuite vaccinului antipertussis. Este şi motivul pentru care, uneori, autorii insistă mai mult asupra reacţiilor provocate de componenta pertussis "P" din vaccinul DTP. *Nu putem neglija însă reacţiile adverse (uneori severe) date de toxina tetanică şi difterică.*

a) Reacţii locale: *înroşire, tumefiere, durere, noduli, abcese locale*. În anumite limite ele sunt normale, dar, *când sunt depăşite ca dimensiune şi intensitate, prevestesc de obicei complicaţii grave, mai ales neurologice*: encefalopatie, epilepsie etc., după cum aflăm din exemplele de mai jos.

Caz 1: O mamă povesteşte despre băieţelul ei care a reacţionat atât după prima cât şi după a doua doză de vaccin DTP, prin apariţia unei inflamaţii accentuate la locul injecţiei, sub forma unor noduli roşii, care s-au vindecat foarte încet.. La o săptămână după cel de-al treilea vaccin DTP, au debutat primele *crize epileptice*, care apoi au devenit necontrolabile.

[123] *Ibidem*.

Caz 2: O altă mamă descrie apariția unui nodul roşu, de 2 mm, la locul unde fetița ei, în vârstă de trei luni, a primit vaccinul DTP, care apoi s-a extins. Reacția a fost asociată cu apariția unui *atac cerebral* pe care fetița l-a suferit după acest vaccin.

Caz 3: O mamă observă la băiețelul ei în primele 24 de ore de la vaccin, apariția unui nodul roşu, cald şi tare, de mărimea unei nuci, care a persistat timp de 2 luni. Reacția puternică locală a fost pusă pe seama afectării sistemului nervos, cu leziuni cerebrale importante şi apariția *crizelor epileptice necontrolabile*[124].

Mii de pagini s-au aşternut cu astfel de cazuri, dar, cu toate acestea, vaccinul DTP a rămas un vaccin obligatoriu (pentru a frecventa instituțiile de stat) şi în ziua de azi în SUA. *În România, din analiza legilor în materie, nu rezultă în mod expres că vaccinurile sunt obligatorii (d.p.d.v. legal, nu există niciun articol care să instituie în mod expres obligativitatea vaccinurilor: vezi Anexa). Cu toate acsetea, părinții sunt lăsați să creadă că vaccinurile sunt obligatorii, inclusiv vaccinul DTP.*

b) Febra este o altă reacție normală după vaccinul DTP. Se ştie că febra este o reacție naturală a organismului față de un corp străin, fie că este o bacterie vie, fie că este un vaccin care conține bacterii "omorâte". În ambele cazuri, sistemul imun al organismului este provocat să se apere, formând şi anticorpi (formarea de anticorpi este doar una dintre componentele de apărare a organismului). *Febra mare, dată de infecțiile naturale la copii, pot provoca convulsii febrile, dar care nu afectează sistemul nervos, aşa cum s-a crezut până acum*.

Cu totul altceva se întâmplă în cazul unui stări febrile (hiperpirexie, cu febră mai mare sau egal cu 45,5 grade Celsius), provocată de encefalita postvaccinală, indusă de vaccinul DTP (sau alte vaccinuri). *Convulsiile febrile, în contextul bolii, al encefalitei postvaccinale, pot cauza leziuni cerebrale şi epilepsie*.

Caz 1: O mamă povesteşte cum băiețelului ei de 2 luni i s-a umflat şi i s-a înroşit întreg piciorușul (unde a primit injecția) în decurs de 10 ore de la primul vaccin DTP. Totodată el scotea un țipăt ascuțit, strident, iar febra îi crescuse la 40,5 grade Celsius. Mama l-a sunat pe medic, care i-a recomandat Tylenol şi i-a spus să-i țină piciorușul în apă călduță. Baia caldă i-a provocat copilului însă un frison accentuat şi apoi şi-a dat ochii peste cap.

[124] *Ibidem*, 93.

Astfel de crize se repetau des, la fel şi ţipătul ascuţit. Astăzi, el este un copil "hiperactiv" şi *suferă de retard fizic şi psihic.*

Caz 2: O mamă îşi aminteşte cum a reacţionat fetiţa ei, în 1954, la al 3-lea vaccin DTP. În timp de câteva ore, i-a crescut febra la 41,1 grade Celsius, ţipa strident, după care devenea rigidă şi îi cădea capul pe spate... Se albea de tot, iar privirea îi era aţintită la tavan, nu se mişca şi părea că-i inconştientă mult timp. Fetiţa a continuat să facă astfel de *crize epileptice, forma "petit mal*" (crize minore), şi numai la vârsta de 10 ani i s-a pus în mod oficial diagnosticul. Acum, este în continuare sub tratament antiepileptic, pentru prevenirea crizelor [125].

c) Vărsături, crampe intestinale, diaree[126]

În 1984, Sato şi colegii lui au descris, alături de alte reacţii adverse după vaccinul pertussis, frecvente tulburări digestive, precum *vărsături şi diaree*;

Trebuie menţionat faptul că niciun medic nu poate diferenţia crampele intestinale postvaccinale de "crampele fiziologice" ale sugarului, la vârsta de 2-3 luni. Medicul le pune toate pe seama crampelor "fiziologice/normale" pe care le tratează ca atare, cu produsele cunoscute din comerţ şi total ineficiente.

Ström aminteşte şi el în studiile sale din 1964 despre vaccinul DTP ca fiind cauza frecventă a tulburărilor digestive.

Cercetătorii de la FDA amintesc şi ei despre vărsături şi diaree ca fiind posibile reacţii adverse apărute după DTP, fără să le dea însă importanţă.

Caz 1: Mama unei fetiţe din Michigan îşi aminteşte că după cel de-a doilea vaccin DTP, în decurs de o jumătate de zi, au debutat crampele intestinale, care durau ore întregi. Până atunci, când avea deja 5 luni, fetiţa fusese perfect sănătoasă. Diareea a persistat timp de 2-3 săptămâni, scaunele fiind de un galben ciudat şi foarte urât mirositoare.

Caz 2: la o oră de la primul vaccin DTP, un bebeluş de 2 luni, prezintă ţipete ascuţite, urmate de o somnolenţă accentuată. La 24 de ore de la vaccin, apar vărsături în jet şi scaune diareice frecvente, cu un miros ciudat. Diareea a durat timp de 6 săptămâni.

Caz 3: Douglas, un sugar de 2 luni, a murit la doar o zi şi jumătate după primul vaccin DTP. Mama lui povesteşte cum bebeluşul plângea când îi schimba scutecele şi-l ridica. Scaunele aveau un aspect modificat, format doar din mucus, iar pata de pe scutec, dimprejurul scaunului, era galbenă.

[125] *Ibidem*, 96-97.
[126] *Ibidem*, 98-100.

Aspectul era precum cel de lapte acru care se strânge la fierbere şi mirosea îngrozitor.

Caz 4.: Fetița mea Flavia-Maria, după prima doză de vaccin DTP (la 3 luni), a început să țipe şi îşi încorda întregul corp, luând poziția asemănătoare cu cea de "opistotonus". (Poziția de opistotonus, apare în tetanos şi meningite sau leziuni cerebrale grave, cu contractura musculaturii dorsale şi sprijinirea corpului pe calcâie şi cap, în formă de arc.) Poziția "asemănătoare" cu cea de opistototonus apare în mod frecvent după vaccinul DTP. Unii autori atribuie această reacție toxinei tetanoce, alții o crampelor intestinale mari. Alți autori descriu numeroase astfel de cazuri, la copiii autişti[127]. Atunci nu-mi puteam explica aceste simptome apărute la fetița mea ("crampe", țipătul prelungit, nopți întregi, timp de două luni etc.) şi mai ales cauza lor. Desigur, nu pot exclude o reacție meningeală sau o reacție la vaccinul tetanic sau pertussis[128].

Autorii menționează că toți sugarii care au murit la doar câteva zile după vaccinul DTP au prezentat, alături de complicațiile grave care au dus la deces, şi scaune diareice încă din primele ore de după vaccin.

Medicii de familie şi medicii pediatri consideră deseori, în mod greşit, că aceste simptome sunt debutul unei enterocolite virale sau bacteriene a sugarului şi le tratează ca atare. Un tratament cu antibiotice nu este însă indicat, dimpotrivă. Se formează un cerc vicios: antiobiotice, diaree, anemie, deficit staturo-ponderal, la care se adaugă deseori si alergiile alimentare, iar cercul se reia: dietă, anemie, deficit staturo-ponderal, reinfecție, antibiotice etc.

d) Accesele de tuse, otite şi alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS)[129]

Ceea ce scria Wallace Sako, unul dintre oamenii de ştiință care s-au implicat în cercetarea vaccinului pertussis, în 1945, a rămas valabil: *"După vaccinul antipertussis, unii dintre copii prezintă accese de tuse care seamănă cu tusea convulsivă şi care trec la un moment dat".*

Coulter şi Fisher descriu numeroase cazuri de IACRS apărute după vaccinul DTP, în special otite şi congestia căilor aeriene superioare.

Cele mai frecvente simptome descrise de mame după vaccinul DTP sunt: *febră, țipăt ascuțit şi prelungit, strănut frecvent, respiratie dificilă, durere accentuată la locul injecției (prezența unui nodul) etc.*

---

[127] Harris Coulter, *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele.*, 5.Auflage, Hirthammer Verlag 2004, 117.

[128] Autoarea: mărturii despre fiica mea, după primul vaccin DTP.

[129] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit*, 1996, 100-105.

Caz 1: Un sugar de 2 luni a prezentat imediat după vaccin accese de tuse, pe care mama le descrie ca fiind accentuate şi prelungite, până la 30 de minute, asemănătoare cu cele din tusea convulsivă. Accesele de tuse se terminau cu vărsături, iar copilul trebuia ținut mereu în şezut, chiar şi când dormea, ca să nu se înece.

Caz 2: O mamă îşi aminteşte cum băiețelul ei a făcut otită imediat după vaccin şi care apoi s-a cronicizat. În cele din urmă a trebuit să i se introducă în urechi mici tuburi de dren. În continuare a prezentat frecvent IACRS.

Caz.3: Un sugar de 2 luni este consultat de către medicul pediatru, care, stabilind că-i "sănătos clinic", îi adminsitrează vaccinul DTP. După 48 de ore, bebeluşul este diagnosticat cu otită bilaterală, dar prezintă şi stări de leşin, scaune diareice şi vărsături. La internare, medicul pediatru îi spune mamei că fetița este grav bolnavă şi că probabil este "alergică" la vaccinul DTP. Diareea a cedat doar după câteva săptămâni.

e) Țipăt ascuțit şi plâns prelungit[130]

Aceste două simptome sunt cele mai ignorate, spune Coulter, deşi apar destul de frecvent după vaccinul antipertussis sau după DTP. La început, țipătul este mai atenuat şi slab iar apoi devine tot mai ascuțit şi mai puternic, când seamnănă foarte mult cu *"țipătul encefalitic"*, cunoscut de medici, şi poate dura ore întregi.

Explicația dată de medici este în general aceeaşi: este o reacție "normală" după vaccinul DTP, după cum reiese din următoarele cazuri:

Caz 1: O mamă din Montana relatează despre copilul ei că, la 3 ore după cel de-al doilea vaccin DTP, piciorul unde a fost vaccinat i s-a umflat şi înroşit până la şold, iar copilul a început să țipe timp îndelungat, până a leşinat. După ce îşi revenea, o lua iar de la capăt. Țipătul era altfel decât cel obişnuit, sau când îi era foame. Nu vroia să fie luat în brațe sau mângâiat. Când mama l-a sunat pe medic, acesta i-a recomandat Tylenol, spunând că se va linişti până la urmă. Cu toate că timp de trei luni sugarul se trezea de două-trei ori pe noapte şi scotea țipete ascuțite, medicul nu s-a arătat îngrijorat. Când împlinise 7 luni şi mama l-a dus la medic, *copilul cântărea doar 7 kg şi era anemic. Era alergic la laptele de vacă.* Deşi medicul era mirat de starea copilului, el a vrut să-i administreze a treia doză de vaccin, dar mama nu a fost de acord, fiindcă îşi dăduse seama că toate se întâmplau din cauza vaccinului DTP. Când a împlinit 2 ani, Mark avea doar puțin peste 9 kg, dar psihic se dezvoltase normal. **Medicul s-a convins că este contraindicată o altă**

[130] *Ibidem*, 105-113.

vaccinare doar când şi propriul lui copil a reacționat la vaccin cu țipete ascuțite. De-abia acum medicul i-a dat dreptate.

Cauza țipătului ascuțit este o afectare a sistemului nervos, lucru recunoscut şi de către Autoritățile americane în 1982, când Vincent Fulginiti scria: *"… acest țipăt ascuțit este un simptom specific encefalopatiei"*. De aceeaşi părere a fost şi Wyeth-Laboratories, cunoscuta firmă producătoare a vaccinului DTP, motiv pentru care la contraindicații găsim: "țipetele ascuțite, prelungite şi alte țipete neobişnuite ale copilului, fără ca să poată fi liniştit".

Caz 2: O mamă relatează despre apariția unui țipăt ascuțit la copilul ei vaccinat cu DTP. După acest țipăt, devenea brusc hipoton (moale), iar după aproximativ o oră se repetau simptomele. Țipătul era atât de cumplit încât "ne îngheța sângele în vene".

Caz 3: o altă mamă descrie reacția fiului ei la vaccin în felul următor*: "Noi locuim la 13 mile depărtare de medicul nostru de familie. Încă nu plecasem de 5 minute de la cabinetul său, când fiul meu a început să țipe de parcă avea dureri foarte mari. După 5 ore i-a crescut temperatura la 40 grade C. şi avea crampe intestinale".*

La copii de 5 ani, care pot exprima ceea ce simt, asemenea țipete apărute după vaccinul DTP s-au datorat unor *dureri foarte mari de cap* (după cum relatează ei), asemănătoare cu cele din meningită sau chiar identice), însoțite de teamă exagerată şi nemotivată, asemănătoare cu "atacurile de panică" a adulților. Durerile mari, stările de temă şi halucinațiile febrile lasă deseori o amprentă emoțională puternică asupra acestor copii. Observăm la aceşti copii încă mult timp stări de furie necontrolată.

f) Colaps, stare de şoc sau "stare cu hipotonie şi hiporesponsivitate"[131]

- Toate cele trei denumiri încearcă să definească una şi aceeaşi stare, observată frecvent după vaccinul DTP (nu trebuie confundată această stare de şoc cu şocul anafilactic, care este o reacție alergică gravă ce apare în primele momente de după vaccin).
- În urma unui studiu britanic despre reacțiile adverse ale vaccinului DTP, aceste stări sunt descrise în felul următor: *"*La aproximativ 3 ore de la vaccin, bebeluşul îşi schimbă brusc culoarea pielii, care devine marmorată şi rece, copilul rămânând în această stare 15-30 de minute; după aceea copilul mai rămâne ore întregi palid şi agitat. Unele mame descriu aceste stări ca fiind urmate frecvent de leşin, ba unele chiar credeau că le-a murit copilul. Dacă aceşti sugari sunt consultați la

[131] *Ibidem,* 116-117.

aproximativ un an de la incident, par să fie sănătoşi, deşi este grea excluderea unei afectări permanente a sistemului nervos. Până la sosirea medicului, în cele mai multe cazuri, starea de colaps a trecut şi nu mai poate fi constatată nicio stare patologică" (Dick, 1967).

- Starea sau sindromul de şoc/colaps după DTP este decrisă în 1969 şi de către Dr. Charlotte A. Hannik, o cercetătoare în domeniu: "*Toate mamele care descriu aceste stări folosesc expresii asemănătoare, precum «alb ca varul», «alb ca un cearşaf», «ca cenuşa», prin care îşi exprimă totodată şi teama de o moarte iminentă a copilului lor".*
- Studiul UCLA al FDA arată că starea de şoc/colaps, apare după vaccinul DTP, la 1 caz din 1750, dar, după cum remarcă Dick, *"este posibil ca aceste cazuri să fie mult mai frecvente, deoarece mamele nu le observă întotdeauna*" (1967).
- Dr. E. A. Mortimer de la Facultatea de Medicină "Case Western Reserve University", afirma că *"nu se cunoaşte aproape nimic despre patogenia acestui Sindrom de colaps/şoc după DTP".*
- *Cu toate că acest sindrom este încadrat la "reacţii avderse grave" şi ar trebui să fie o contraindicaţie absolută pentru orice revaccinare, medicii nu-l recunosc adeseori şi continuă vaccinarea copiilor afectaţi*; mulţi dintre copiii care au murit după vaccinul DTP au prezentat înainte o astfel de stare de colaps.

Exemple:

Caz 1: După al 4-lea vaccin DTP, o fetiţă în vârstă de 18 luni a intrat în stare de colaps. Mama ei povesteşte: "*La o zi după naştere, piciorul vaccinat a devenit rigid, şi nu-l mai putea mişca… Noaptea s-a trezit şi a scos un ţipăt groaznic. Faţa ei exprima teamă. Tatăl ei a ridicat-o din pătuţ şi am observat că era albă, doar la gură era cianotică şi devenise flască. Credeam că va muri…*".

Caz 2: Alexander K. M. (pseudonim) s-a născut în mai 1983. Este o altă victimă a vaccinului DTP, dar părinţii nu au dorit să i se dea numele... La 4 luni i s-a administrat vaccinul DTP (septembrie 1983), după care, începând cu a 4-a zi, părinţii lui au observat că este foarte agitat, are febră şi scoate ţipete ascuţite, îndelungate. Copilul îşi "dădea ochii peste cap", avea tresăriri ciudate ale musculaturii feţei şi devenise "moale" (hipoton), motiv pentru care l-au internat în aceeaşi zi la spital. Diagnosticul a fost: "encefalită". Ulterior a fost etichetată ca fiind *"o encefalită postvaccinală"* de către Clinica Universitară din Wűrzburg/Germania**.** Astăzi, copilul este nevăzător, cu te-

trapareză spastică şi retard psihomotor grav (grad 1), cu distrugere cerebrală majoră, după cum arată TC cerebral (Tomograf Computerizat)[132].

Caz 3: "La doar o oră de la cel de-al 3-lea vaccin DTP, copilul meu, Cristian-Teofil, s-a albit brusc, s-a învinețit la buze şi a leşinat. Mi-am dat seama că nu mai respiră şi, speriată, l-am ridicat din pat şi l-am scuturat puțin, dar nu a reacționat. Eram în vizită la o prietenă care se speriase şi ea. Am încercat amândouă să-l reanimăm. Mi-era teamă că va muri. La un moment dat a început să respire, s-a mai colorat puțin şi apoi, extenuat a adormit şi nu s-a mai trezit ore întregi, nici ca să mănânce. Timp de câteva zile a fost mai somnolent. Cu toate acestea, nu am primit nicio explicație… Probabil că tocmai scăpase de "moartea subită". Fiul meu cel mai mic, Ioan-Vasile, a fost vaccinat la varsta de 4 luni, cu DTP si antipolio, acasă (in lipsa mea..), deşi era în convalescență după o bronşiolită... Desigur nu aş fi fost de acord, dar nu am fost anunțată, iar soțul meu nu s-a putut impune în fața asistentei medicale... După câteva ore, spre seară, "şi-a dat ochii peste cap", a prezentat vărsături "in jet" şi l-am internat de urgență la o Clinică de Pediatrie din Cluj. Diagnosticul a fost: *"meningită"*... Mulțumesc lui Dumnezeu că şi-a revenit şi este sănătos. Greşelile însă se repetă. Deşi ştia că nu-i dau voie să fie vaccinat, nu a îndrăznit să se opună când, în clasa a 8-a, a primit vaccinul DT (fără să fiu înştiințată) şi a prezentat reacții adverse locale şi generale: febră ridicată timp de 2 zile, edem, roşeață şi dureri intense la locul injecției (brațul stâng), cu impotență funcțională. Era atins probabil plexul brahial (reacție adversă specifică vaccinului tetanic). De data aceasta nu l-am internat, fiindcă, după câteva zile de tratament, durerile s-au redus treptat şi s-a însănătoşit[133]. Nu am mai cerut şi căutat nicio explicație la medicul de familie sau pediatru. Oricum, nimeni nu a contraindicat copiilor mei vaccinarea… Vaccinurile au fost mereu lăudate de către medici şi mai ales "obligatorii".

g) Somnolență accentuată[134]

- Acest simptom este recunoscut de literatura de specialitate ca fiind o reacție postvaccinală după DTP, încă din 1949;
- Laboratoarele Lederle menționează *"somnolența accentuată"* ca fiind una dintre *contraindicațiile pentru altă vaccinare cu DTP*;

---

[132] F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum,*7.Auflage,Hirthammer Verlag 1998, Germany, 157-158 (caz 1 şi 2).

[133] Autoarea: mărturie despre complicațiile postvaccinale la cei doi fii ai mei, Christian-Teofil şi Ioan-Vasile.

[134] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit*., 1996, 116-119.

- alţi producători de vaccinuri din America nu consemnează acest simptom la “reacţii adverse” şi nici nu apare ca o contraindicaţie a vaccinului DTP; este vorba de “ACIP” şi “Cartea roşie” (*Redbook*) a AAP, care menţionează că sugarii care prezintă un astfel de simptom “probabil” nu ar trebui să mai primească vaccinul antipertussis; în Medicină nu ar trebui sa existe decât “da” sau “nu” când este vorba de vaccinuri;
- *“somnolenţa profundă”* postvaccinală este o stare patologică, asemănătoare cu un leşin, care seamănă cu un somn profund din care copilul nu poate fi trezit de părinţi, oricât ar încerca aceştia s-o facă.

Caz 1: O mamă descrie cum fiica ei, Linda, la o oră după vaccin a adormit şi nu a mai putut-o trezi. A dormit timp de 24 de ore. Cu puţin timp înainte de a adormi, a reacţionat în mod ciudat, scoţând un ţipăt ascuţit, puternic, pe care mama ei nu-l mai auzise până atunci, după care a adormit… Nu s-a trezit când i-a schimbat scutecele, nici când a încercat s-o gâdile la picioruşe, nici când a încercat s-o hrănească… După 24 de ore când părinţii o duceau la spital, s-a trezit. Medicii le-au spus că îşi fac prea multe griji şi să-şi ducă copilul sănătos acasă. Atitudinea lor era una indiferentă... Deoarece medicii nu au recunoscut un astfel de simptom ca fiind o reacţie postvaccinală, provocată de componenta antipertussis, Linda a mai fost vaccinată de încă 4 ori. A continuat să aibă stările de leşin/somnolenţă profundă după fiecare vaccin, până la vârsta de 3 ani, dar niciun medic nu a tratat aceste “crize”. Cu toate că era un copil “hiperactiv”, dupa vârsta de 3 ani nu s-au mai repetat aceste stări. Când a primit şi cel de-al 5-lea vaccin DTP, pentru a putea frecventa grădiniţa, mama şi-a dat seama că aceste injecţii sunt responsabile de stările fiicei ei. Imediat după acest ultim vaccin, Linda a avut un comportament ciudat, neobişnuit, timp de 24 de ore. Cea care era un copil hiperactiv, de necontrolat uneori, acum devenise un copil pasiv. Toată ziua avea o privire fixă, dezinteresată, şi se deplasa de parcă era în transă.. Testele alergice arătau că este alergică la polenuri şi lapte. *Copilul a rămas unul “hiperactiv*”, cu tulburări emoţionale şi de concentrare. Sunt zile când părinţii nu o pot trimite la şcoală, din cauza agitaţiei.

h) Crize convulsive (convulsii, epilepsie şi convulsii febrile)[135]

- *crizele convulsive* sunt reacţiile adverse severe, fiind cel mai des menţionate de către literatura de specialitate;
- Studiul UKLA al FDA, arată că 1 caz din 1750 de copii prezintă astfel de convulsii, în primele 48 de ore de la vaccinul DTP; mulţi părinţi însă

[135] *Ibidem*, 119-128.

nu recunosc o astfel de stare convulsivă la sugari, şi, din nefericire, nici unii dintre medici; crizele sunt foarte variate, de la simple "clipiri rapide", "tresăriri ale degetelor" sau "privire în gol", până la "contracții ale musculaturii întregului corp";

- Orice convulsie postvaccinală este considerată *o contraindicație pentru o altă vaccinare*;
- unii dintre copii au avut o serie de simptome neurologice după primele vaccinuri cu DTP, cum ar fi "țipete ascuțite" sau "somn profund", înainte de a reacționa cu convulsii severe după un alt vaccin.

Exemple:

Caz 1: O mamă descrie o astfel de criză apărută la fetița ei după vaccinul DTP, în felul următor: *"Ea privea fix înainte, cu ochii mari, cu gura deschisă; buzele ei erau albastre iar întreagul corp era contractat; partea dreaptă a corpului tremura…"*

Caz 2: La fetița Sharon, medicii nu au recunoscut, după primul vaccin DTP, existența unor semne neurologice grave, motiv pentru care nu i-au interzis vaccinarea în continuare. Dacă ar fi refuzat următoarele doze de vaccin DTP, fetița nu ar fi ajuns la crize convulsive epileptice permanente, necontrolabile. Sharon a început deja la 7 ore de la vaccin să prezinte țipete ascuțite, după care corpul ei a devenit rigid/contractat, după care a căzut într-un "somn profund", timp de 16 ore. Când s-a trezit, părea că şi-a revenit complet. Mama relatează toate aceste simptome medicului, care le ignoră şi îi administrează şi cel de-al doilea vaccin DTP… La 12 ore de la vaccin, încep țipetele ascuțite, după care debutează **crizele epileptice tonico-clonice (generalizate**), care durează 4 ore şi jumătate. A fost transportată la două spitale diferite până au reuşit medicii să-i oprească crizele. Imediat după aceea a prezentat scaune diareice, iar infecțiile s-au ținut lanț: otită medie acută, bronşiolite, apoi astm bronşic alergic, alergie la lapte de vacă… Cu toate că primeşte tratament antiepileptic, continuă să facă crize convulsive minore, având până la 12 crize/zi… Crizele erau mai frecvente în prezența polenului şi când consuma lapte. Nu a mai prezentat nicio criză majoră/generalizată până când a fost testată pentru alergii. Tstele alergologice i-au provocat o criză tonico-clonică ce a durat ore întregi. Părinții relatează: *"Cu toate că la mai mulți medici le-am spus de vaccinul DTP, ca fiind cauza acestor crize, ei nu ne-au dat dreptate. Doar 2 medici tineri s-au interesat de cazul fetiței noastre şi ne-au sprijinit în încercarea de a face legătura bolii cu vaccinul DTP…Ceilalți medici ne spuneau că «precis are o predispoziție pentru convulsii», dar noi nu am crezut într-o astfel de explicație fiindcă până la cel*

de-al doilea vaccin nu a avut nici măcar o răceală… Cu toate acestea este interesant faptul că medicii au fost de acord ca fetița să primească doar bi-vaccinul DT”. La ora actuală Sharon prezintă în continuare crize convulsive, astm bronşic alergic, pneumonii frecvente şi are un retard staturo-ponderal[136].

Majoritatea medicilor nu vor să creadă sau să recunoască faptul că vaccinul DTP provoacă crize convulsive*, motiv pentru care mulți copii cu astfel de crize sunt vaccinați în continuare şi în România. Starea lor se agravează de fiecare dată*. Sunt multe astfel de cazuri, dar lipsa de spațiu nu îmi permite să le descriu.

Cu toate că este contraindicată vaccinarea DTP la cei care prezintă convulsii postvaccinale**,** în ultimii 45 de ani, nici producătorii de vaccinuri, nici autoritățile de Sănătate Publică nu au ajuns la o concluzie clară referitoare la perioada în care poate debuta o astfel de criză după vaccinul DTP, încât să poată fi considerată o reacție adversă din cauza componentei antipertussis. Este motivul pentru care medicii sunt lăsați să decidă ei! Deoarece medicii sunt învățați că astfel de reacții sunt foarte rare după vaccinul DTP, unii dintre ei nici nu cred că este posibilă o asemenea reacție, dacă ea nu apare în primele minute sau ore de la vaccin. Dacă se întâmplă ca sugarul să facă şi febră, criza convulsivă este pusă întotdeauna pe seama ei. Nu se ştie câți copii şi câți adulți au suferit şi suferă încă de epilepsie, retard psihic, hiperactivitate şi alte afecțiuni neurologice din cauza vaccinului antipertussis, doar fiindcă politica americană a fost una greşită şi nu s-a dorit recunoaşterea acestei reacții adverse grave postvaccinale. Doar în 1983, când AAP şi Dissatisfied Parents Together (Asociația părinților nemulțumiți) au dat statul în judecată din pricina complicațiilor postvaccinale grave după DTP, AAP a fost de acord ca perioada în care, după vaccinul DTP, mai pot debuta crize convulsive din cauza acestuia să fie de 7 zile. Cu toate acestea, sunt citate în literatura de specialitate cazuri în care crizele convulsive au apărut şi la 14 zile de la vaccin[137].

Indiferent de denumirea atribuită în ultimele decenii crizelor convulsive*, toate acestea sunt, în realitate, manifestări ale unor leziuni cerebrale*[138].

Spasmul infantil a fost şi el inclus de către mulți autori în această categorie, fiind o formă particulară de convulsie, cauzată de o afectare cerebrală, postvaccinală sau posttraumatică.

[136] *Ibidem.*
[137] *Ibidem*, 122.
[138] *Ibidem*, 128.

i) Spasmul infantil sau Sindromul West (formă atipică de epilepsie generalizată)

Literatura de specialitate enumeră drept cauze ale "spasmului infantil" mai mulți factori: *"traume craniene, traume perinatale (la naştere), **infecții şi vaccinuri** iar o serie de cauze rămân necunoscute"*[139].

Aproape orice formă de spasm a sugarului şi care seamănă cu crizele convulsive, epileptice, a fost atribuită complicațiilor date de *vaccinul anti-pertussis*. Au avut loc multe discuții contradictorii în legătură cu o astfel de cauzalitate, dar *cea mai controversată criză spastică a sugarului a rămas până în ziua de astăzi "spasmul infantil"*.

"Spasmul infantil" a fost denumit inițial *"Sindrom West"*, fiindcă a fost descris pentru prima dată de către medicul britanic Dr. W. J. West, în 1941, când boala s-a manifestat la fiul său.

Nu i s-a dat o mare importantă Sindromului West până în anul 1946, când, Dr. Douglas Buchanan, profesor de Neurologie la Universitatea de Medicină din Chicago, observând că nu sunt diagnosticate corect aceste crize ale sugarului, relatează despre spasmele sugarului următoarele: *"Ele sunt un fel de crize convulsive mari, generalizate, ale sugarului, dar care nu sunt recunoscute de obicei ca atare, şi se manifestă prin căderea în față a capului, cu aducția şi flexia brațelor. Aceste crize sunt foarte scurte şi apari în reprize scurte. Ele sunt cu adevărat nişte «convulsii fulger» şi apar la copii mai mici de 2 ani. Sunt greu sau deloc controlabile şi sunt asociate cu diverse grade de agenezie cerebrală şi retard psihic"*[140]. Buchanan nu descrie şi cauzele acestui sindrom, pe care le considera ca fiind necunoscute. De atunci sindromul este denumit *"Spasmul infantil"*[141].

În 1951, "Spasmul infantil" a fost descris şi în Buenos Aires/Argentina, unde vaccinarea antipertussis, "în masă", fusese introdusă cu câțiva ani înainte. De atunci, Vaquez şi Turner relatează despre apariția unui nou sindrom epileptic, denumit de ei *"flexie generalizată"*, simptom caracteristic crizei convulsive, când sugarul îşi flectează brusc capul, mâinile şi picioarele, însoțite sau nu de un strigăt puternic. Criza durează foarte puțin, dar ea revine de mai multe ori într-o zi, cu un EEG atipic. Traseul electroencefalografic atipic, caracteristic acestor crize, a fost denumit în 1952, *hipsaritmie* (din franceză: *hypsarithmie* = "extrem de dezordonat, haotic") de către Frederic

[139] *Ibidem*, 128.
[140] *Ibidem*, 129.
[141] *Ibidem*.

şi Erna Gibbs, de la Universitatea de Medicină din Illinois. Cei doi medici au suspectat la început o infecţie virală sau bacteriană intrauterină[142].

În următoarele decenii, s-a observat că una dintre carcateristicile sindromului, acceptată de toţi cei care l-au descris, este aceea că el *debutează întotdeauna la copii mai mici de un an şi care au fost cu toţii sănătoşi înainte!* Oamenii de ştiinţă au constatat că acest sindrom apare de obicei la sugari de 6 luni care fuseseră sănătoşi înainte, motiv pentru care, căutând să vadă ce fel de procedură le este aplicată la această vârstă, au ajuns la concluzia că nu poate fi decât vaccinul antipertussis[143]. Primii cercetători care au dat "vina" pe vaccinul DTP au fost Henry Baird şi Leatrice Borofsky, din Philadelphia. Ei au consultat un număr de 80 de copii cu *hipsaritmie,* după care au constatat că vaccinul antipertussis este o posibilă cauză a sindromului. Dacă până în 1950, cazurile au fost foarte rare, respectiv 62 de cazuri între anii 1941-1948, ele au crescut la 1.453 între anii 1950-1963, iar în 1964 erau declarate deja mai mult de 3.000 de cazuri. În Franţa, Gastaut şi Grimaud, căutând cauzele acestui sindrom, au aflat că, jumătate dintre copiii dintr-un centru de "epileptici", care aveau sub 3 ani, sufereau de fapt de *"Spasme infantile"*. În 1964, Jeavons şi Bower, după consultarea a 112 de copii cu acest sindrom, au consatat că *"***Sindromul Spasmului infantil" este provocat de o Encefalită alergică postvaccinală, după DTP**. În 1966, Kringelbach şi Senstius au descris 3 cazuri de boală, iar în 1967 Ström relatează despre 167 de cazuri din Suedia, cu reacţii adverse grave, postvaccinale (DTP): *"Doi dintre copii au prezentat Hipsaritmie în primele 3 zile de la vaccin, iar alţi doi copii în timp de o săptămână. În 1979, Gordon T. a observat că 25% dintre copiii vaccinaţi antipertussis pe care i-a consultat, sufereau de Sindromul West (sau Spasmul infantil, după noua denumire)*". În acelaşi an, Jeffrey P. Koplan, de la CDC, afirma: "*Rata unor reacţii adverse grave constatate după vaccinul antipertussis este de 1/34.000 copii vaccinaţi şi constau în crize convulsive, Hipsaritmie şi meningite grave"*. La fel şi AMA (despre evaluarea medicamentelor) recunoaşte că *"spasmul infantil, epilepsii cronice sau encefalpatii pot fi reacţii adverse ale vaccinului DTP"*. Nici în urma numeroaselor concluzii ştiinţifice din ultimii 35 de ani, politica americană nu a dorit să recunoască o posibilă legătură dintre vaccin şi bolile neurologice grave amintite[144].

Caz 1: Laura, fiind un copil prematur, a primit primul ei vaccin DTP cu o lună întârziere, respectiv la vârsta de 3 luni. Mama ei nu a observat nicio

[142] *Ibidem*, 130-131.
[143] *Ibidem*.
[144] *Ibidem*, 132-136.

reacție mai deosebită, dar după cel de-al doilea vaccin DTP, care i s-a administrat la un interval de doar o lună (în loc de două), au început reacțiile adverse. Deşi mama i-a dat Tylenol, fetița a făcut febră mare (39, 5 grade C) timp de 24 de ore şi țipa într-un mod ciudat. Era un țipăt ascuțit, strident, cum nu-l mai auzise până atunci. Fetița şi-a revenit treptat şi învățase să stea în şezut. După încă o lună a primit şi cea de-a 3-a doză de vaccin. La ora 11 dimineața, i s-a administrat vaccinul DTP, iar la ora 14 au început spasmele. Mama relatează: "Îşi arunca brusc mâinile în față şi îşi întindea în acelaşi timp picioarele; mâinile îi erau încleştate şi îşi ținea respirația timp de câteva secunde; apoi scotea un țipăt strident; doar 10 secunde mai târziu, crizele se repetau, până la un număr de 25". Mama Laurei s-a dus cu ea la medic, care i-a spus că are probabil dureri de stomac… şi i-a schimbat laptele cu unul dietetic. La 6 zile de la vaccin, mama s-a prezentat din nou la medic cu fetița. De aici a fost trimisă la spital pentru efectuarea unei electroencefalograme (EEG). A făcut o nouă criză în timpul testului. EEG arăta o *hipsaritmie puternică*, iar diagnosticul a fost: "*Spasm infantil*". Medicul fetiței nu a vrut să recunoască nicio legătură a bolii cu vaccinul DTP. *Deşi a urmat terapie cu ACTH (Cortizon) şi antiepileptice, crizele nu au putut fi oprite, ci doar ameliorate*. Chiar şi sub tratament, fetița prezenta în continuare câteva crize/zi. Totodată, ea mai are o hipotonie musculară marcată (tonus muscular scăzut), motiv pentru care nu poate sta în picioare. Nu poate să stea în genunchi, ridicându-se pe pat doar cu ajutorul mâinilor. În continuare scoate uneori sunete ascuțite[145].

Caz 2: M. A, născută **în România** (inițialele au fost modificate), se dezvoltă normal până la vârsta de 4 luni, când este vaccinată simultan cu DTP şi cu vaccinul antipolio oral Sabin (VPO). Cu o săptămână înainte de vaccin, fetița fusese diagnosticată cu o infecție acută a căilor respiratorii superioare (IACRS), tratată cu antibiotice de către medicul de familie. Atât asistenta, cât şi medicul de familie insistă ca mama să aducă fetița la cabinet pentru a fi vaccinată. Mama se prezintă cu fetița la cabinetul medicului, cu rugămintea să nu i se facă vaccinul, deoarece fetița încă nu se vindecase... Cu toate acestea, MF insistă să se facă vaccinul, deoarece se încheia perioada de vaccinare antipolio, iar vaccinurile trebuiau restituite, fetița riscând să rămână nevaccinată.Mama ne relatează că s-a administrat *vaccinurile DTP şi antipolio oral (Sabin)* copilului, fără acordul ei. În aceeaşi zi, după doar câteva ore de la vaccin, fetița prezintă febră mare (41 grade Celsius) şi "devine moale", nu îşi mai mişcă mâna şi piciorul stâng, ca apoi să nu mai reacționeze deloc la

[145] *Ibidem*, 137-140.

stimuli. Speriată, mama se adresează din nou medicului de familie. Acesta îi recomandă internarea de urgență, în aceeaşi zi, într-o Clinică de Pediatrie. Mama ajunge într-un timp foarte scurt la spital, unde fetița este internată imediat, dar amamei I se refuză internarea. Deşi mama insistă să fie internată, nu i se va împlini dorința decât după 7 zile, când recurge la schimbarea medicului de salon. Acesta îi spune că fetița are o meningoencefalită, de cauză necunoscută, probabil virală, şi că este în stare foarte gravă, cu şanse mici de supraviețuire. Nu i se pune diagnosticul de meningoencefalită postvaccinală (nici nu era de conceput aşa ceva pe vremea comunismului). Fetița supraviețuieşte şi, după 2 luni, se văd sechelele meningoencefalitei: nu stă în şezut, nu-şi ține capul, iar hemiplegia stângă este evidentă. Este externată şi urmează un tratament fizioterapic. Deoarece tratamentul nu dă rezultate, copilul este internat la o Clinică de Neurologie infantilă. Aici, în urma unui EEG şi a examenului clinic, i se pune diagnosticul de "**Sindrom West**" (o formă aparte de epilepsie, care apare şi după vaccin, descrisă în cap. 3) pentru care va fi tratată de acum înainte până la vârsta de 4 ani. În tot acest timp, mama se internează frecvent în spital, pentru analize şi tratament (Cortizon, antiepileptice, crizele fiind necontrolabile...). Deoarece la vârsta de 4 ani, fetița nu prezintă nicio ameliorare/recuperare, părinții se adresează unui alt neurolog, din alt oraş. Fetița are sechele neurologice evidente: hemipareză stângă, retard psihic, dismorfism cranio-facial. Medicul, în urma analizelor efectuate, îi schimbă tratamentul. După o lună de tratament susținut, fetița face progrese şi va sta pentru prima dată în şezut. După alte 3 luni, medicul recomandă un aparat de susținere a picioarelor, care să-i permită mersul. La vârsta de 5 ani (după un an de când schimbase medicul), fetița merge pentru prima dată, sustinută, ca orice hemiplegic. Tot acum, la vârsta de 5 ani, medicul neurolog constată în urma unei examinări, că fetița are un debut de hidrocefalie, motiv pentru care este trimisă în Bucureşti pentru intervenție (drenaj). Având în vedere că în acea vreme nu existau suficiente drenuri, pacienții erau trecuți pe o listă de aşteptare. La fel s-a întâmplat şi cu fetița, care a avut de aşteptat 2 ani de zile. A primit drenul şi a fost operată în ziua în care împlinea 7 ani. Era cadoul de ziua ei de naştere… Deşi medicul din Bucureşti nu i-a dat multe şanse de supravietuire, boala fiind deja mult avansată, totuşi Dumnezeu a vrut ca acest copil să trăiască. Operația a reuşit, iar fetița se putea întoarce acasă şi să se bucure, împreună cu părinții ei, de prima ei zi de şcoală, fiind înscrisă la o Şcoală ajutătoare din oraşul natal. La ora actuală, când a trecut de vârsta de 20 de ani, M. A., chiar dacă a rămas încadrată în grupa de handicap grav (1), este o domnişoară cuminte, frumoasă, mereu zâmbitoare şi foarte sociabilă,

care se deplasează greu (suşținută), dar pe picioarele ei şi care se bucură de viață, aşa cum este ea[146].

j) Pareze şi paralizii musculare

Parezele şi paraliziile musculare, fie doar pe o parte a corpului (hemipareze, hemiplegii), fie paraplegii (paralizia picioarelor), fie tetrapareză (la ambele mâini şi ambele picioare), au fost descrise în literatura de specialitate ca fiind *reacții adverse grave ale vaccinului antipertussis*[147].

Caz 1: În 1970, Hannik descrie cazul unei fetițe care, în a 4-a zi după vaccinul DTP, prezintă o hemiplegie stângă. Sub tratament, îşi revine încet, iar doi ani mai târziu, încă se mai observă o *pareză uşoară a piciorului stâng*, care este ceva mai scurt decât cel drept.

Caz 2: În 1978, A. H. Griffith descrie cazul unei fetițe care a devenit "moale, letargică" după a 4-a zi de la vaccinul DTP… Este internată la spital unde i se pune diagnosticul de "Hemiplegie stângă totală şi Hemiplegie dreaptă parțială". Sechelele rămase sunt: *hemiplegie stângă medie şi retard psihic*.

Caz 3: În 1983, Cindy este vaccinată pentru prima dată la vârsta de 6 luni. Mama ei, care era terapeută şi lucrase cu copii cu dizabilități, a amânat vaccinarea deoarece fetița se născuse prematur şi i-a fost teamă de o posibilă reacție la vaccin. Medicul a liniştit-o, spunând că "riscul de a face tuse convulsivă este mai mare decât riscul unei reacții adverse la vaccinul antipertussis". Total greşit… În cele din urmă, mama a fost de acord cu vaccinul. La câteva ore după vaccin, Cindy a făcut febră 38,5 grade C, dar abia dimineața mama a observat că fetița ei nu se poate ridica în şezut şi nici să se întoarcă de pe o parte pe alta. Mama povesteşte cum toată musculatura mâinilor şi a picioarelor era contractată, pumnii strânşi, nu îşi întindea deloc mâinile. Deşi mama îl sunase pe medic ca să-i descrie starea lui Cindy, acesta a liniştit-o, spunându-i că o să se facă bine în maximum o săptămână. Mama însă, fiind foarte îngrijorată, s-a dus cu fetița la medic, pentru a-i arăta starea fetiței şi pentru a fi notată starea ei în fişa medicală. Mama ei, fiind terapeută, a putut să lucreze zilnic cu fetița. La un an după vaccin, fetița a început din nou să meargă şi nu dădea semne de retard psihic. Medicul a fost în sfârşit de acord să nu o mai vaccineze pe Cindy[148].

---

[146] Relatare făcută de către mama fetiței, cu probe şi cu acordul ei.

[147] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 141.

[148] *Ibidem*, 142-144.

În 1977, Stewart a publicat un studiu realizat pe 170 de copii vaccinați cu DTP şi care au prezentat reacții adverse. El relatează că o parte din aceste reacții au fost "pareze şi paralizii"[149].

k) Encefalitele postvaccinale

Țipătul encepalitic descris în acest capitol este cauzat de o afectare a sistemului nervos, lucru de altfel recunoscut şi de către Autoritățile americane în 1982, când Vincent Fulginiti scria: *"Acest țipăt ascuțit este un simptom specific unei encefalopatii"*[150]. Coulter a remarcat şi el faptul că acest simptom, deşi este destul de frecvent după vaccinul pertussis, inclusiv după DTP, este cel mai ignorat, alături de "somnolența profundă" (un alt simptom care arată o afectare a sistemului nervos)[151].

Au fost descrise numeroase cazuri de meningite, encefalite şi meningoencefalite provocate de vaccinul DTP, din care redau două exemple:

- În Anglia, Griffith este cel care studiază în 1978 un astfel de caz. El a observat simptomele unei meningite la un copil vaccinat cu DTP. După 3 zile de la internare, i s-a pus diagnosticul de meningoencefalită, iar la o lună de la vaccin, a murit.
- În 1979, medicii Jack Jacob şi Frank Manning, din America, scriau, în *American Journal of the Disease of Children*, despre cazul unui copil care, la 24 de ore de la vaccin, prezintă o bombare a fontanelei, cauzată de o hipertensiune intracraniană (specific encefalitei). Fetița era copilul unui medic pediatru şi fusese vaccinată cu a 3-a doză de DTP, la vârsta de 7 luni. Imediat după vaccin, i-a crescut temperatura şi a devenit foarte agitată. Părinții au recunoscut simptomele, văzând fontanela bombată şi pulsatilă, au internat-o şi au tratat-o imediat[152].

Copiii care fac encefalită se pot vindeca complet sau pot rămâne cu sechele grave: retard psihic, epilepsie etc.

l) Boli sanguine, autoimune: trombocitopenie şi anemie hemolitică

1. Trombocitopenia

Se caracterizază prin scăderea trombocitelor sub 100.000/mm3 (trombocitele au un important rol în coagularea sângelui) şi cu o erupție caracteristică.[153]

[149] *Ibidem*, 142.

[150] H. Coulter, *Impfungen.Der Grossangriff auf Gehirn und Seele*. 5. Auflage 2004, Hirthammer Verlag, Germany,105-113.

[151] *Ibidem*.

[152] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit*., 146-150.

[153] Mircea Maiorescu, *Tratat de Pediatrie,* vol. 5*,* Editura Medicală, Bucureşti, 1986, 351.

Este una dintre afecţiunile care reprezintă *o contraindicaţie absolută pentru vaccinul antipertussis*, dacă citim prospectul marilor producători de vaccinuri (Lederle, Wyeth, Connaught)[154].

Literatura de specialitate recunoaşte că *"cele mai multe cazuri de trombocitopenie la nou-născut sunt de etiologie infecţios-imunologică"*[155].

2. Anemia hemolitică

Este o afecţiune care se caracterizează printr-o scădere drastică a numărului de hematii (globule roşii) şi imposibilitatea măduvei spinării de a produce globule roşii noi; *cauzele pot fi de natură genetică sau dobândită: în urma unor infecţii, chimioterapie sau prin autoimunizare (boală autoimună)*[156]. Nu sunt specificate şi vaccinurile şi implicaţiile acestora în patologia anemiei hemolitice, deşi, dintre infecţiile care pot provoca trombocitopenie, cele mai frecvente sunt citate rubeola şi herpesul congenital, adică virusuri care există şi în vaccinuri...

Anemia hemolitică este o contraindicaţie pentru vaccinul antipertussis, deci şi pentru DTP, după cum putem citi în prospectul Laboratoarelor Coonaught din 1984. Hotărârea s-a luat în urma unui studiu făcut în Scandinavia în 1978, când s-a făcut legătura dintre vaccin şi această afecţiune gravă. Cu toate acestea, AAP (Academia Americană a medicilor pediatri), nu a recunoscut legătura dintre vaccin şi apariţia trombocitopeniei. Acelaşi lucru îl "constată" şi ACIP. Este motivul pentru care părinţii copiior afectaţi de această boală nu au primit despăgubiri postvaccinale, cerute în instanţă în 1983[157].

Caz: La 6 zile după cea de-a 4-a doză de vaccin DTP, Paul devenise foarte agitat, nu mai mânca decât foarte puţin, după care a făcut febră şi prezenta vărsături. Devenise foarte palid, şi somnolent. La 2 săptămâni de la vaccin, slăbise foarte mult… Medicul s-a gândit la o leucemie sau o altă formă de cancer. A fost internat la spital, unde i s-au făcut timp de 7 zile analize de sânge… Medicii spuneau că nu au mai văzut un astfel de caz la un copil, căci avea o anemie extrem de severă (Hemoglobina=3, Hematocrit=10). Părinţilor li s-a spus că este posibil să moară. Dar, după trei transfuzii de sânge, Paul a supravieţuit… Medicii au pus diagnosticul de *"Anemie hemolitică"* şi au dat vina pe părinţi că nu îşi hrănesc bine copilul… După ce medicii i-au prescris vitamine şi un regim cu caloriile necesare, copilul a fost externat. Era din nou sănătos, până la cel de-al 5-lea vaccin DTP... La 6 zile după vaccin, s-au repetat simptomele… După alte 2 săptămâni de spitalizare i s-a pus din nou diagnosticul de anemie hemolitică.

[154] H Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 151.
[155] M. Maiorescu, *op. cit.*, 1986, 352.
[156] H. Coulter,.B. Fisher, *op. cit.*,152.
[157] *Ibidem*, 152.

Cu toate că era din nou foarte grav, valorile sanguine nu mai erau atât de mici. De data aceasta a făcut doar două transfuzii de sânge pentru a-şi reveni… Din acel moment părinții s-au documentat şi au aflat că există o legătură între boală şi vaccinul antipertussis… *Cu toate acestea, medicul copilului nu a recunoscut nicio astfel de cauzalitate, legată de vaccinul DTP… De câte ori tatăl încerca să le vorbească medicilor despre acest subiect, ei nu-l ascultau*[158].

m) Diabetul zaharat tip I (insulinodependent) şi hiperglicemia

Tusea convulsivă este o boală care afectează secreția de insulină, prin scăderea secreției acesteia de către celulele B din pancreas. Se ştie că insulina este responsabilă de menținerea unei glicemii normale. Vaccinul antipertussis are aceleasi proprietăți, putând duce la o scădere a secreției de insulină. O cantitate insuficientă de insulină va duce la creşterea glicemiei (hiperglicemie)[159].

În 1977, Stewart observă că *"vaccinul antipertussis, mai mult ca oricare alt vaccin, poate provoca o hiperglicemie, datorită scăderii sintezei de insulină"*. În 1978, Hannik şi Cohen ajung la aceeaşi concluzie: *"Sugarii care dezvoltă reacții adverse puternice după vaccinul antipertussis, suferă de incapacitatea de a menține un nivel glicemic constant"*. În Germania, Quast şi Hennessen au găsit nivele crescute ale glicemiei la 59 din cele 149 de cazuri cu reacții adverse la vaccinul antipertussis[160].

Patru oameni de ştiință din Germania, Franța şi Anglia au scris în 1982 un articol în care au arătat rolul pe care-l joacă vaccinul DTP în producerea diabetului zaharat la copil. Au descris cazul unei fetițe de 16 luni, cu predispoziție la diabet, care suferea de o infecție virală ce-i ataca pancreasul. Ei au tras concluzia că *la dereglarea insulinei au contribuit mai mulți factori: un virus insulinotrop (care atacă insulina), predispoziția genetică şi vaccinul DTP*[161]. Fără vaccin, probabil nu ar fi făcut diabet... Este un alt motiv pentru care este nevoie de studii comparative între copiii vaccinați şi nevaccinați, cu şi fără predispoziții genetice la diabet, însă nu există un asemenea interes din partea lumii medicale şi a Big Pharma.

n) "Sindromul morții subite a sugarului": SIDS (SIDS = *Sudden Infant deat Syndrom*).

Decesul provocat de DTP (vaccinul vechi) şi de DTPa (vaccinul actual) a fost prima complicație postvaccinală – şi, desigur, cea mai gravă – luată în discuție.

[158] *Ibidem*, 152-154.
[159] *Ibidem*, 156.
[160] *Ibidem*.
[161] *Ibidem*, 157.

Pentru prima dată, aflăm despre astfel de cazuri în 1933, de la Thorwald Madsen, din Danemarca, care a scris un articol în care relatează două cazuri de decese intervenite la sugari, la doar câteva ore de la vaccinul DTP. Înainte de deces, unul din copii a prezentat o cianoză uşoară, iar cel de-al doilea sughițuri şi spasme. Cauza morții nu a fost precizată, ci încadrată în sindromul SIDS, adică o moarte subită a sugarului, de cauză necunoscută. *"Sindromul morții subite la sugari" (SIDS), numit şi "moartea în faşă",* este cel mai controversat "sindrom, de cauză necunoscută". Mulți alți medici relatează apoi şi alte cazuri asemănătoare, apărute după vaccinul antipertussis[162].

Conform FDA, în ziua de azi, unul din 500 de sugari moare de SIDS![163]. Făcând un calcul, aprox. 7000 de sugari din cei 3,5 milioane de nou-născuți din America, mor de cauze "necunoscute". Numărul lor creşte imediat după prima lună de viață, atingând apogeul la 2-4 luni, şi apoi descreşte. Mai mulți cercetători, în încercarea de a găsi cauza acestor decese, inexplicabile, au observat că ele au loc în perioada când începe vaccinarea cu DTP. Unii producători de vaccinuri amintesc în prospectele lor despre vaccinul antipertussis, despre SIDS, cum ar fi Wyeth Laboratoires, care scriau despre această posibilitate încă din anul 1984: *"Ar trebui să ne atragă atenția faptul că trei doze de vaccin DTP se fac între 2 şi 6 luni, iar 85% dintre cazurile de SIDS apar în această perioadă, cu un vârf între 2 şi 4 luni"*[164].

Cei care au făcut legătura dintre SIDS şi vacinul DTP spun că vaccinul este "ultima picătură" dintr-un lanț de fenomene care-l afectează pe un sugar, la început de viață, şi insuficient dezvoltat. Mulți cercetători cred că deseori *la baza SIDS stă un posibil stop respirator, numit **apnee**, care seamănă cu Sindromul de colaps/şoc, descris în acest capitol, şi este cauzat de vaccinul pertussis.* Ei consideră că sistemul cardiovascular al sugarului este suprasolicitat iar acesta intră în şoc, adică se opreşte din respirație, devine "moale/hipoton" şi leşină. În cazurile fericite, când părinții sau medicii sunt la fața locului şi reuşesc să-l reanimeze pe copil, criza a fost denumită "SIDS întrerupt". Astfel de cazuri, când copilul nu moare de SIDS, fiind reanimat de către părinți, sunt descrise de către aceştia ca fiind asemănătoare cu un colaps, când brusc, copilul devine cianotic sau se albeşte, după care nu mai respiră. Toți părinții au avut senzația, în astfel de momente, că le va muri copilul[165].

---

[162] *Ibidem*.
[163] *Ibidem*, 158.
[164] *Ibidem*.
[165] *Ibidem*.

Aşa cum am amintit anterior, eu personal l-am reanimat pe unul din băieții mei (Christian-Teofil) când a făcut o criză de apnee după vaccinul DTP, criză pe care aş îndrăzni s-o numesc un "SIDS întrerupt".

Studii:

În 1979, FDA a ținut o şedință extraordinară, în care s-a pus problema existenței unei legături între SIDS şi vaccinul DTP**.** Dr. Daniel Shannon, Director al Spitalului General de Pneumologie Pediatrică din Massachusetts, relatează despre astfel de cazuri*: "Avem părinți a căror copii şi-au revenit bine după un prim episod de «SIDS întrerupt». La scurt timp însă, medicul lor le-a administrat un nou vaccin DTP sau antipolio, uneori chiar simultan, după care, în decurs de 24 de ore, au avut un nou de episod de apnee, moment în care suna alarma «monitorului» şi uneori era nevoie ca părinții să-i reanimeze, ceea ce nu se mai întâmplase de la utlimul episod pe care l-au avut în urmă cu aproximativ o lună. Fie că recomandăm părinților întreruperea vaccinului sau nu, nu mai are acum nicio importanță, că oricum aceştia nu mai sunt de acord cu noi. Părinții nu îşi mai doresc să vadă vreun medic pediatru, dar o fac doar din motivul ca să afle de la noi, când copiii lor sunt în afara oricărui pericol… Avem suficiente date, de la aproximativ 200 de sugari pe care i-am consultat"*[166].

Dr. William C. Torch, Director al secției de Neurologie Pediatrică de la Universitatea de Medicină din Nevada, la cea de-a 34-a Adunarea Anuală a Academiei Americane de Neurologie din 1982 (*American Academy of Neurology*), a făcut un studiu în care a arătat legătura dintre vaccinul DTP şi cazurile de SIDS. După ce a avut 4 cazuri de SIDS, apărute la sugari în primele 18 ore de la administrarea vaccinului DTP, Torch a început un studiu despre legătura dintre vaccin şi cazurile de SIDS din Nevada (peste 200 de cazuri!), pe care apoi l-a prezentat cu ocazia Adunării Anuale. *Leziunile tipice pentru SIDS, observate la autopsie, au fost*: *"edem pulmonar, pneumonie şi edem cerebral".* La o conferință de presă, Torch a fost aspru criticat din cauza acestui studiu, despre care spuneau criticii că prezintă date "anecdotice" şi concluzii nerealiste. Unul dintre cei mai aprigi critici a fost un alt neurolog, Dr. Gerald M. Fenichel, directorul secției de Neurologie al Universității "Medical Center" Vanderbildt, care şi-a exprimat dorința *"să nu fie luat în seamă un astfel de studiu"*[167].

---

[166] *Ibidem*, 161.

[167] *Ibidem*, 162-164.

Dr. Larry Baraff, coordonatorul studiilor UKLA al FDA, face oficial un studiu în 1983, legat de cazurile de SIDS din Los Angeles. Împreună cu echipa lui, a luat legătura cu părinții a 145 de sugari, care au murit de acest sindrom în perioada ianuarie 1979 – august 1980. Dintre aceştia, 53 au fost vaccinați cu DTP, dintre care 6 au murit în primele 24 de ore de la vaccin, iar alții 11 au murit în decurs de o săptămână. Concluzia a fost: *"Numărul cazurilor cu SIDS a fost mai mare decât ne-am aşteptat, dacă am lua în considerare că nu ar exista nicio legătură între vaccin şi SIDS. Dacă alte studii vor ajunge la aceeaşi concluzie, ar fi de dorit ca vaccinul DTP să fie amânat până după ce sugarul depăşeşte perioada cea mai expusă riscului pentru SIDS, adică după ce împlineşte 6 luni"*[168].

Un exemplu grăitor în acest sens îl vedem în Japonia, unde vaccinarea contra tusei convulsive (cu DTP), se face doar după vârsta de 2 ani iar de atunci, în Japonia "sindromul morții subite al sugarului" practic nu mai există[169].

Aceeaşi idee o obeservăm la Cherry şi colaboratorii săi (1988), care afirmă *că SIDS este provocat, atât de vaccinul DTP, varianta folosită în trecut cu pertussis celular, cât şi de vaccinul DTPa, forma actuală, cu pertussis acelular.* El a observat că decesul (SIDS) nu mai apare la copii când aceştia sunt vaccinați, cu oricare dintre cele două variante, după 24 de luni de viață![170].

După rezultatele lui Karlsson şi Scheibnerova din 1991, dar şi ale lui Viera Scheibner, din acelaşi an, SIDS apare la copii în urma unui "Sindrom de Stress Nespecific", denumită apoi în Germania *"Moarte prin stress nespecific"* sau SIBP. Conform acestori autori, SIDS sau SIBP poate fi provocat de mai mulți factori: "*injecții, vaccinuri, infecții ale căilor respiratorii etc."*[171].

Relația dintre vaccinul DTP/DTPa şi apariția SIDS/SIBP a fost demonstrată şi prin monitorizarea respirației copiilor vaccinați. Oamenii de ştiință au constatat la copiii cu o tendință spre SIDS, probleme respiratorii în timpul somnului. A fost creat un *"Monitor al respirației"*, la care este conectat copilul în timpul somnului, iar alarma ataşată, se declanşează când frecvența cardiacă scade sub 80/minut sau pauza respiratorie creşte peste 10 secunde. Pentru studiu au fost monitorizați respirator, doi sugari, care au primit vaccinul DTP: Baby nr. 1 era după cel de-al 3-lea vaccin DTP, iar Baby nr. 2, la prima doză (primovaccinare). Apoi, cele două grafice au fost corelate cu graficele altor 41 de copii care au murit la un anumit interval de timp

[168] *Ibidem*.
[169] Tinus Smits, *Das Impfschaden-Syndrom,* Narayana Verlag, 2.Auflage 2007, 36.
[170] V. Scheibner, *op. cit*., 92.
[171] *Ibidem*, 91.

după vaccinul DTP. Graficele obținute prin monitorizarea celor doi bebeluşi, aveau modificări similare cu cele ale copiilor care au decedat… Tipul de respirație era cel al unui *sindrom de stress nespecific* şi se instalase imediat după vaccin. Informațiile legate de cele 41 de decese au fost obținute din articolele autorilor: Von Bernier ş.a. (1982), Walker ş.a. (1987) şi H. Coulter şi B. Fisher (1991)[172].

Cu toate acestea, mulți medici ignorau orice studiu şi le explicau părinților că nu există nicio legătură dintre vaccinul DTP/DTPa şi decesul copiilor care intervenise la câteva ore sau zile după vaccin. **Dar cum poți convinge pe toți acei părinți cărora le moare copilul la câteva ore după vaccin, deşi înainte fusese sănătos, că vaccinul nu are nicio legătură cu decesul lor?**

Caz 1: Tami a murit de SIDS. La naştere, fetița era sănătoasă, fiind cel de-al doilea copil din familie. S-a dezvoltat normal, mânca foarte bine, dar plângea mereu seara înainte de culcare, după ce îşi terminase sticluța cu lapte. Părinții nu ştiau atunci că fetița lor suferea probabil de alergie la lapte de vacă, deşi ei aveau în familie un astfel de caz, când, copilul fiind alergic la lapte de vacă, a fost nevoit să bea lapte de capră până la vârsta de 2 ani; acel copil reacționa şi la vaccinul DTP, prin crize astmatice. Revenind la Tami, ea a primit primul ei vaccin DTP la vârsta de aproape 3 luni, într-o Clinică, deşi avea o rinofaringită, care ar fi trebuit să fie o contraindicație pentru vaccin. Cu toate că asistenta i-a atras atenția medicului asupra rinitei, i s-a făcut totuşi vaccinul. Mama povesteşte: "După masă, am lăsat-o pe Tami doar 15 minute cu un Babysitter. La 3 ore de la vaccin, Tami s-a trezit din somn cu un țipăt puternic şi ciudat. Acel Babysitter ne-a explicat că bebeluşul striga ca şi cum ar fi avut dureri foarte mari, dar tonul era ciudat, foarte înalt, cum nu mai auzise niciodată la un sugar. Nu a putut-o linişti cu nimic şi doar după 5-10 minute a încetat". Mama a culcat bebeluşul imediat după masa de la prânz, iar la aproximativ 30 de minute, când s-a dus să-l vadă, acesta era în colaps. Tami era moale, leşinată, şi nu mai respira. Era foarte palidă, cu ochii închişi. Mama a chemat în ajutor vecinii, iar aceştia au chemat salvarea. Între timp părinții au început s-o resusciteze prin respirație gură la gură. Tami a fost dusă la spital, dar 10 minute mai târziu a fost declarat *decesul*. La un an după moartea lui Tami, părinții ei au auzit la o emsiune TV că, după vaccinul DTP, este posibilă reacția pe care a avut-o fiica ei, urmată de moarte prin SIDS[173].

Caz 2: Douglas, unul din doi gemeni, a murit de SIDS. La vârsta de 2 luni, era sănătos, zâmbea, gângurea şi nu plângea când era sătul. I se dădea lapte

[172] *Ibidem*, 95.

[173] H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*,166-168.

de soia, deoarece era alergic la lapte de vacă, la fel ca şi sora lui geamănă şi sora lor mai mare. Împreună cu sora lui geamănă, au primit primul lor vaccin DTP, după ce medicul i-a consultat şi a declarat că sunt “sănătoşi clinic”. La 5 ore după vaccin, mama a observat că Douglas nu-şi deschide gura pentru a bea laptele. Nici la masa de noapte, de la ora 4, când l-a trezit, nu a vrut să mănânce. La ora 9 dimineața, mama observă că Douglas este foarte palid, are o privire ciudată, apatică şi după ce i-a deschis gurița, a înghițit laptele atât de repede, încât a crezut că se va îneca. Scaunele diareice au speriat-o şi mai mult pe mamă, care a fugit cu el la spital. Aici i-au făcut spălătură gastrică, crezând că a înghițit ceva periculos. A făcut însă un stop cardio-respirator. A fost resuscitat şi, după ce a început din nou să respire, medicii au constatat semnele unui posibil atac cerebral. A intrat în comă şi de atunci nu şi-a mai revenit. A fost transportat în alt spital, iar în ambulanță a mai avut un stop cardiac, după care a făcut hemiplegie dreaptă (paralizia părții drepte a corpului). În spital a făcut un nou stop cardiac. A murit la aproximativ 28 de ore de la vaccin. Rezultatul autopsiei a fost “Bronhopneumonie bilaterală”, ceea ce a nemulțumit-o pe mamă, ştiind că vaccinul a avut o legătură sigură cu moartea copilului. Medicul din spital i-a mai spus că a avut în final meningită spinală, ceea ce nu era consemnat în certificatul autopsiei. *Un membru al CDC a spus mamei la telefon că a murit de o reacție provocată de vaccinul DTP.* Deşi părinții lui Douglas au căutat un avocat pentru a-şi cere drepturile în instanță, toți le-au spus că în cazul unui deces sunt limitate despăgubirile, spre deosebire de o complicație postvaccinală, cum ar fi o encefalopatie, când copilul rămâne în viață, cu sechele, când are apoi nevoie de o îngrijire permanentă[174].

o) Sechele postvaccinale

Un număr necunoscut de copii dezvoltă reacții adverse grave după vaccinul DTP, care apoi vor afecta, în mod definitiv, organe importante.

1. Sechele neurologice: *Hiperactivitatea (ADHD), autism, Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD), tulburări de atenție şi memorie, pareze şi paralizii, epilepsie, paralizie cerebrală, surditate* ş.a. sunt doar câteva dintre complicațiile grave ale vaccinului DTP (vezi cap. 3).

Se ştie la ora actuală că vaccinul antipertussis are o mare afinitatea pentru sistemul nervos central. Bacteria care provoacă tusea convulsivă a fost folosită în diverse experimente pe animale pentru a provoca o encefalită acu-

[174] *Ibidem*, 171-173.

tă. Nu este deloc surprinzător faptul că vaccinul antipertussis poate provoca şi el encefalopatii[175].

2. Reacţii şi boli alergice. *Toxina pertussis este responsabilă de o serie de reacţii şi boli alergice.* Ea mai fost denumită *"Factor de sensibilizare histaminică (HSF)"*, ceea ce înseamnă că reacţia la histamină a organismului creşte. Histamina provoacă dilatarea capilarelor sanguine, bronhoconconstricţie şi creşterea evacuării gastrice, toate fiind elementele unei reacţii alergice sau de hipersensibilitate. Acesta este şi motivul pentru care sunt prescrise medicamente antihistaminice, la toţi cei care suferă de alergie, fie copii, fie adulţi[176].

Un copil care este foarte alergic, are un sistem imun foarte sensibil. El va reacţiona imediat la o substanţă alergizantă, fie ea un aliment, o plantă sau poluanţi din mediul înconjurător. Este cunoscut faptul că vaccinul pertussis provoacă formarea de anticorpi IgE sau reagine care sunt responsabile pentru reacţia alergică. Alergiile şi bolile alergice induse de vaccinul pertussis sunt: *"rinita alergică, eczema atopică, urticarie, alergie la lapte de vacă, alergie la fructe (portocale), alergie medicamentoasă, în speţă la antibiotice etc."*[177].

IV. Rujeola şi vaccinul rujeolic ("R")

1. Rujeola

Rujeola este o boală acută, infecţioasă, foarte contagioasă, provocată de virusul rujeolic, care a fost izolat pentru prima dată în 1954 şi face parte din familia Paramixoviridae[178].

În trecut, în România, înainte de introducerea vaccinului, rujeola era foarte răspândită[179]:

- peste 90% dintr-o populaţie nevaccinată, făceau boala până la vârsta adultă;
- statistica din 1964 arată că 80% din cazurile de rujeolă se numărau la copiii cu vârsta cuprinsă între 1 şi 9 ani şi numai 1% din cazuri la cei trecuţi de 15 ani;

[175] *Ibidem*, 220.
[176] *Ibidem*, 221.
[177] *Ibidem*, 223-227.
[178] Gh. M Voiculescu, *op. cit.,* 45.
[179] *Ibidem*.

- în populația urbană, boala apărea endemo-epidemic, cu valuri epidemice la 2-3 ani;
- incidența rujeolei arăta un maxim în lunile de primăvară (aprilie-mai) şi un minim în august şi septembrie.

La ora actuală, la fel ca în toate țările europene, şi în România, după zeci de ani de vaccinare în masă a copiilor, statistica s-a schimbat mult, dar nu în mod favorabil:

- *prin vaccinare, s-a amânat rujeola la vârsta de adolescent (peste 15 ani) sau cea de adult,* când simptomele pot fi mai accentuate; acelaşi lucru se întâmplă în cazul femeilor însărcinate; la adult, sistemul imun este mai puțin flexibil şi pot să apară complicații;
- *imunitatea obținută în mod artificial, după vaccinare, nu este durabilă şi eficientă,* motiv pentru care femeile însărcinate riscă să facă boala şi, din lipsa anticorpilor, nu mai oferă protecție pentru nou-născuții lor; observăm la ora actuală o creştere a cazurilor de rujeolă la sugari, cu urmări grave;
- *eradicarea este imposibilă*, lucru de care şi-au dat seama cei care au folosit-o drept argument pentru vaccinarea în masa a copiilor din întreaga lume; pe de altă parte, nu este nici necesară, deoarece rujeola previne la copii o serie de boli cronice (renale etc.). iar prin vaccinare ei vor fi lipsiți de această protecție.

Tablou clinic:[180]

Incubația este în medie de 10 zile.

Perioada de invazie:

- stadiul preeruptiv durează 3-4 zile;
- debutul este gradat, cu febră, cefalee, şi fenomene catarale, respiratorii şi conjunctivale;
- *semnul Koplik* este un semn caracteristic rujeolei şi constă în micropapule albe, aşezate pe o zonă roşie, a mucoasei bucale, lângă ultimii molari de obicei; el apare în a 2-a zi de la debut şi dispare la 1-2 zile după erupție;
- tulburări digestive: dureri abdominale moderate, diaree, uneori vărsături;
- simptome nervoase: iritabilitate, cefalee;
- adenopatie cervicală (ganglioni măriți),

[180] *Ibidem*, 50.

Perioada eruptivă:

- febra creşte din nou;
- *erupția rujeolică*: apare la început la ceafă şi în spatele urechilor, la frunte, în obraji, ca apoi, după o zi, să cuprindă tot trunchiul şi extremitățile mâinilor şi picioarelor; există variații ale erupției; după 2 zile, petele pălesc şi dispari, în ordinea în care au apărut.

Perioada posteruptivă (convalescență):

- temperatura revine la normal, iar bolnavul se însănătoşeşte.

Evoluția rujeolei

- este de obicei *benignă*.

Complicații:

- apar de obicei în epidemii, la o populatie subnutrită, cu rezistență scăzută;
- sunt mai frecvente la sugari, la copii cu rahitism, la distrofici, la cei cu focare infecțioase preexistente.

Complicații ale sistemului nervos:

- *reacții meningiene*, fără expresie clinică şi în absența unei encefalite;
- *encefalita rujeolică*, cu evoluție severă, mai ales la sugari: este o complicație foarte rară, care lasă sechele neuropsihice, uneori fiind letală.
- *Panencefalita subacută sclerozantă (PESS*) este o afecțiune foarte rară, ce apare tardiv, ca o complicație a rujeolei.

Alte complicații: *otită medie supurată, miocardită, gastroenterite* etc.

2. Aspectul pozitiv al rujeolei la copiii nevaccinați

Rujeola este o boală infectocontagioasă care are un efect pozitiv asupra sistemului imun al copilului*:*

- S-a observat *o scădere a îmbolnăvirilor* copilului după ce a trecut prin această boală[181].
- În lumea a treia, rujeola lasă *o imunitate îndelungată şi față de malarie*[182].
- Copiii care au avut rujeolă în copilărie, *nu suferă decât foarte rar de boli alergice,* cum ar fi alergia la praful din casă[183].

---

[181] K. H. Kummer, *Masernverlauf in einer Kinderarztpraxis. Der Merkurstab*, 1992, 3: 180-189.

[182] I. B. Rooth, "*Supression of plasmodium falciparum infections during measles or influenza"*, *Am J Trop Med Hyg* 1992, 47 (5):675-681.

[183] E. Kucukosmanoglu, F. Cetinkaia, F. Akcay, F. Pekun, *"Frequency of allergic diseases foolowing measles"*, *Allergol Immunopathol* 2006, 34(4):146-9; H. Rosenlund, A.

- Un alt efect pozitiv al rujeolei este acela de *vindecare al unor afecțiuni cronice grave precum Sindromul nefrotic (o boală cronică gravă de rinichi) şi Psoriazis*[184]. Chiar şi epilepsia se poate vindeca uneori după rujeolă,[185]la fel şi *Eczema atopică care a fost provocată de alergie alimentară*[186].
- Este indicat ca toți copiii să treacă prin aceste boli infectocontagioase, denumite pe bună dreptate "bolile copilăriei", fără ca ei să fie vaccinați. Rezultatul va fi o *"diminuare a riscului pentru cancer, inclusiv boala Hodkin, cancerul de sân şi limfomul malign"*[187],[188],[189]. *"Chiar şi scleroza multiplă este mai rară la oamenii care au avut rujeolă în copilărie"*[190]**.**

Vaccinul antirujeolic nu oferă o asemenea protecție[191]. Studiul "Parsifal" cu peste 4000 de copii de la şcolile Waldorf şi peste 2000 de elevi de la şcolile de stat din Suedia, arată că Neurodermatita (dermatita atopică/alergică) este mai rară la copiii care au avut rujeolă, iar copiii care au fost vaccinați împotriva rujeolei (ROR) suferă frecvent de rinită alergică. [192] Un studiu mai

---

Bergström, J. S. Alm, J. Swartz et al., *"Allergic diseases and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infections"*, *Pediatrics* 2009, 123(3): 771-8.

[184] V. S. Chakravati et al., "Measles induced remission of psoriasis", *Annals of Tropical Pediatrics* 1986, 6: 293-294.

[185] H. Yamamoto, T. Yamano, S. Nijima, J. Kohyama, H. Yamanouchi, *"Spontaeous improvement of intractable epileptic seizures following acute viral infections"*, *Brain* dec. 2004, 26 (6): 377-9;

[186] N. Kondo, O. Fukuromi, T. Ozawa, H. Agata et al , "Improvement of food-sensitive atopic dermatitis accompanied by reduced lymphocyte responses to food antigen following natural measles virus infection", *Clin Exp Allergy* 1993, Jan, 23 (1): 44-50.

[187] H. Albonico et al , *"Febrile infections childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls"*, *Med hypotheses* 1998, 51 (4) : 315-320.

[188] S. L. Glaser, T. H. Keegan, C. A. Clarke, M. Trinh et al., "Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus-defined Hodkin's lymphoma in women", *Int J Cancer* 2005, 115 (4): 599-605.

[189] M. Montella, L. D. Maso, A. Crispo, R. Talaminim et al., *"Do childhood diseases affect NHL and HL risk?A case – control study from northern and southern Italy"*, *Leuk Res* 2006 , 30 (8): 227-229.

[190] J. Kesselring, "Zur Pathogenese der Multiplen Sklerose", *Schweiz Med Wochenschrift* 1990, 120: 1083-1090.

[191] S. O. Shaheen et al., "Measles and atopy in Guineea-Bissau", *Lancet* 1996, 347: 1792-1796.

[192] H. Flöistrup, J. Swartz, A. Bergstrom, S. J. Alm et al., *"Allergic disease and sensitization in Steiner school Children"*, *J Allergy Clin Immunol* 2006:117(1): 50-66.

vechi arată rezultate asemănătoare: copiii vaccinaţi împotriva rujeolei suferă mai des de “alergia la fân” decât copiii nevaccinaţi[193].

3. Politica fenomenului de “eradicare (dispariție) a rujeolei”

După ce am văzut că beneficiile rujeolei, sunt cu mult mai mari şi mai importante decât infecția în sine, nu putem decât să ne dorim ca toți copiii să facă boala naturală, pentru a-şi întări sistemul imun şi pentru a fi feriți de alte boli. Cu toate acestea, *se doreşte în continuare erdicarea ei, inutilă şi deloc indicată.*

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) doreşte cu orice preț eradicarea rujeolei. Chiar şi Germania a fost de acord cu această “măsură” extremă, luată de OMS, cu ocazia “Conferinței Consens”, organizată de către Producătorul de vaccinuri Chiron Behring[194]. România nu a făcut excepție, iar vaccinarea în masă continuă şi la noi. Pentru realizarea acestui deziderat este nevoie ca cel puțin 95% din populația globului să fie vaccinată. Acest lucru nu va putea fi posibil decât dacă se vor face presiuni extreme asupra medicilor şi părinților, fără ca aceştia să aibă un cuvânt de spus. Atingerea acestui scop este puțin probabilă. Tocmai țările sărace, unde frecvența acestor boli este mai mare, nu au la dispoziție resursele financiare necesare, deşi prețul este relativ mic: 33 cenți americani/ vaccin de la Unicef[195]. Una din condițiile grele de obținut este şi păstrarea vaccinului la rece. Pe de altă parte, dacă sunt vaccinați copiii din țările sărace, ei nu vor mai fi feriți de malarie.

Un alt obstacol în eradicarea rujeolei este faptul că, chiar şi după efectuarea vaccinurilor, *“virusul rujeolei circulă în continuare în mediul înconjurător şi poate fi transimis de la cel vaccinat la altul, de asemenea vaccinat!”*[196]. *“Se pare că în curând întreaga lume atârnă ca şi un «cobai» în lațul Industriei Farmaceutice care, pe această cale, obține profituri de miliarde”*[197], afirmă cu sarcasm medicul hoemeopat Hans-Jűrgen Achtzehn.

---

[193] S. A. Lewis, J. R. Britton, *“Measles infection, measles vaccination and the effect of birth order in the aetiology of hay fever”*, *Clin Exp Allergy* 1998, 28 (12),: 1493-1500;

[194] EB (*Epidemiologisches Bulletin*) 1998/11.

[195] WHO (World Health Organization): Measles. Fact Sheet N. 286. Januar 2007, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html

[196] B. Damien, S. Huiss et al., *“Estimated susceptibility to asymptomatic secondary immune response against measles in late convalescent and vaccinated persons”*, *J Med Virol* 1998, 56 (1):85-90.

[197] H. J. Achtzehn, *“Impfschäden aus homöopathischer Sicht”*, *Homöopathische Einblicke*, 1998, 33:19-24.

CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) are datoria (prin definiție) de a cere producerea de vaccinuri, de a emite programe de vaccinări şi de a supraveghea siguranța acestor vaccinuri. *"Pentru CDC însă, studiile care nu sunt favorabile vaccinurilor, nu sunt binevenite. Acest lucru ar duce la prea puține* vaccinări *(!), deci la ratarea scopului propus. Dacă ar trebui să facă legătura dintre vaccinuri şi toți copiii care suferă de autism (un adevăr de necontestat), nu s-ar simți deloc în largul lor. Cui i-ar place să recunoască o asemenea catastrofă? Dar tocmai asta se cere în mod normal de la CDC. De aceea s-au creat relații tot mai strânse în ultimii ani între CDC şi producătorii de vaccinuri"*[198].

Chiar dacă s-ar vaccina 90% din populație cu două doze de vaccin antirujeolic, tot ar rămâne anual 10% din copii fără imunitate care ajung apoi la vârsta de adolescent sau adult când se pot îmbolnăvi, la un nou contact cu virusul. Asta ar însemna că în Germania în fiecare an vor fi 70.000 de oameni care se pot îmbolnăvi oricând de rujeolă[199].

Înainte de a se introduce vaccinul rujeolic, 99% dintre adolescenții de 15 ani făcuseră rujeolă şi aveau o imunitate durabilă, pe viață[200].

Imunologul finlandez Heinonen afirmă că *"întreruperea aproape completă a circulației virusului datorată vaccinărilor, va crea o nouă problemă:* ***cei vaccinați*** *au o şansă foarte mică la o nouă rememorare (booster effekts) de către sistemul imun şi în consecință lipsa formării de noi anticorpi. Aceştia, se pot reîmbolnăvi. În aceste condiții a devenit o realitate lipsa imunității pe durată lungă a celor vaccinați, adică* ***eşecul secundar****"*[201]. Situația nu este cu mult diferită pentru cei nevaccinați: dacă nu vin în contact cu virusul natural în copilărie, nici ei nu se vor îmbolnavi şi, în consecință, nu vor avea o imunitate naturală. Este doar unul dintre motive pentru care ar trebui sistată vaccinarea antirujeolică.

4. Vaccinul rujeolic

a) Generalități

În 1918 se foloseşte penru prima dată serul de convalescent, iar în 1963 se introduce vaccinul rujeolic pentru prima dată **în SUA.** Este vorba de un

[198] D. Weldon,:Letter to July Gerberding , Director of the CDC, 31.10.2003. http://www.nationalautismassociation.org/pdf/Weldon.pdf

[199] M. Hirte, *op. cit*., 257.

[200] *Ibidem*.

[201] O. P. Heinonen, M. Paunio, H. Peltola, *"Total elimination of measles in Finland"*, *Ann Med* 1998, 30 (2): 131-3.

vaccin cu virus viu atenuat, cultivat pe ou embrionat sau celule renale de la câine sau cobai. **În România**, în trecut se utiliza un vaccin viu supraatenuat, liofilizat, preparat cu *tulpina Schwartz*, produs de Institutul Dr. I. Cantacuzino din Bucureşti şi era administrat sugarilor începând cu vârsta de 9 luni[202]. La ora actuală se foloseşte trivaccinul ROR, începând cu vârsta de 1 an, conform Programului național de vaccinare.

În Germania, vaccinul antirujeolic a apărut pe piață doar în 1974, iar trivaccinul MMR (echivalent cu ROR), în 1980, când STIKO din Germania îl administrează sugarilor în vârstă de 11-13 luni. La sugarii din creşe este administrat deja de la 9 luni. Vaccinul se administrează de două ori, cea de-a doua doză cel devreme la 4 săptămâni după prima doză[203]. Vaccinul antirujeolic conține, în funcție de preparat, urme de gelatină, antibiotice (de obicei Neomicină), precum şi alte substanțe: polisorbat, fenilsulfonftaleină, Dextran, albumină umană[204].

Se vorbeşte despre anticorpi protectori (față de boală), de tip IgG, la un titru al acestora de peste 200 mIU/ml de sânge. Dar, concentrația de anticorpi nu este o dovadă clară de protecție în fața rujeolei*: 10% din cei care au după vaccin anticorpii necesari în sânge se pot îmbolnăvi de rujeolă.* Este denumit "eşecul primar ", când copilul nu devine imun după prima doză de vaccin. *Cea care dovedeşte o imunitate după vaccin este imunitatea celulară (Th1), care nu poate fi măsurată prin metodele obişnuite. Se consideră că a doua doză de vaccin ar putea oferi o siguranță mai mare*[205]. Practica medicală arată că nu este tocmai aşa: un studiu efectuat la studenți din Belgia arată că, după 15 ani de la a doua doză de vaccin, 22% din adolescenți nu mai aveau nicio protecție față de rujeolă. Este denumit *"eşecul secundar"*[206]. Dar tocmai aceste "eşecuri" împiedică eradicarea rujeolei. În viitor, ne putem astepta la tot mai multe "eşecuri secundare" , fiindcă cei vaccinați vin tot mai rar în contact cu virusul natural al rujeolei (scade incidența ei), lucru care în mod normal ar ajuta sistemul imun la o "rememorare", prin formare de noi anticorpi. Acesta este şi motivul pentru care, chiar şi mamele care au fost

[202] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 45, 61, 63.

[203] STIKO: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommissionam Robert-Koch-Institut, Stand März 1997; *Deutsches Ärzteblatt* 1997, 94 (26) suppl:4-19.

[204] M. Hirte, *op. cit*., 253.

[205] *Ibidem*, 253-254

[206] C. Vandermeulen, M. Rölands, G. Leroux-Röls, P. Van Damme, K. Hoppen-Brouwers, *"Long-Term persistence of antibodies after one or two doses of MMR-vaccine"*, *Vaccine* 2007.doi:10.1016/ *J. Vaccine* 2007.07.008 2007).

vaccinate în copilărie, nu mai pot oferi copilului protecție împotriva bolii, pierzând imunitatea din pricina lipsei rememorării sus menționate[207].

Imunitatea dată de boala naturală este de lungă durată, de obicei pentru întreaga viață. Imunitatea dată de vaccin este de scurtă durată şi incertă. Vaccinarea înlătură efectul pozitiv al bolii naturale şi provoacă o serie de reacții adverse nedorite, uneori foarte grave.

b) Prezentare

VVR (Vaccinul rujeolic monovalent)[208]

- este un vaccin antirujeolic, monovalent (necombinat cu alte vaccinuri), sintetizat de către Institutul Cantacuzino;
- o doză de vaccin conține virusul rujeolic atenuat, *tulpina Schwarz*, cultivată pe fibroblaşti de embrioni de găină[209];
- este folosit pentru vaccinarea copiilor.

c) Reacții adverse şi complicații postvaccinale

Sunt descrise împreună cu cele ale vaccinului combinat ROR/MMR (pct. VII).

V. Parotidita epidemică (oreion) şi vaccinul urlian

1. Parotidita epidemică sau oreionul este o boală infecțioasă acută şi contagioasă, determinată de virusul urlian, caracterizată clinic prin afectarea glandelor salivare, precum şi a altor glande şi țesuturi: pancreas, sistem nervos, testicul[210]. Este mult mai benignă decât rujeola.

În trecut, înaintea introducerii vaccinului, cei mai afectați erau copiii cu vârsta cuprinsă între 4 şi 6 ani. În Germania spre exemplu, 90% dintre copiii sub 15 ani, aveau anticorpi protectori, ceea ce înseamnă că făcuseră cu toții boala, fie clinic, fie subclinic. La un procent de 20%, infecția este subclinică (fără simptome clinice), alți 40-50% fac o formă uşoară de boală, asemenea unei viroze uşoare. Doar 30-40% fac forma clasică de boală, cu inflamația

[207] M. Hirte, *op. cit*., 256.
[208] *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, 890.
[209] M. I. Brumboiu, I. S. Bocşan, *op. cit*., 103.
[210] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 204.

glandelor salivare, maxilare[211]. În România, ca şi pe întregul glob, boala se transmite endemic sau epidemic.

După vaccinarea în masă a copiilor cu vaccinul combinat ROR, la fel ca în cazul rujeolei, *s-a amânat oreionul la vârsta adultă, când boala este mai gravă.*

Imunitatea lăsată de boala naturală este permanentă. Este motivul pentru care sugarii născuți din mame care au avut boala, vor fi protejați în primele luni de viață, prin anticorpii primiți transplacentar.

Transmiterea bolii: se face prin saliva infectată (strănut, tuse), fiind mult mai puțin contagioasă decât rujeola sau rubeola.

Tabloul clinic[212]:

Incubația bolii: durează 2-3 săptămâni.

Debutul: este relativ brusc, cu febră, cefalee, mialgii, senzație de tensiune dureroasă a lojii parotidiene, de obicei bilateral, lipsa poftei de mâncare, stare generală uşor alterată. Tumefierea parotidei dă un aspect caracteristic de "pară", al feței, deoarece îmbracă unghiul mandibulei şi ramura ei ascendentă. Pielea este destinsă, lucioasă, iar, la palpare, glanda are o consistență păstoasă şi este uşor dureroasă. Simptomele durează în medie 7-10 zile, când cedează şi tumefacția, fără să supureze. Pot fi afectate concomitent şi alte glande salivare: glanda submaxilară şi sublinguală.

Evoluția este mai uşoară la copil. După pubertate şi la vârsta adultă, evoluția este de obicei mai severă, cu febră înaltă, stare generală alterată (seamănă cu starea tifică), şi cu afectarea altor glande: *pancreas* şi *testicul.*

Complicații:

- *Orhita urliană*, uni- sau bilaterală, apare începând de la pubertate. *Ea este extrem de rară sub 14 ani* (nu se cunosc decât 5 cazuri sub 12 ani). Testiculul este tumefiat şi dureros, iar scrotul este edemațiat şi roşiatic. Regresiunea survine în circa 10 zile cu *restitutio ad integrum*, în peste 50% din cazuri; în restul cazurilor rămâne un grad variat de atrofie testiculară, azoospermia fiind rară (1-2%), iar sterilitatea numai în caz de orhită bilaterală, cu azoospermie._
- *Ooforita*: este o inflamație a ovarului şi *nu este o complicație severă*, fiind mult mai rară decât orhita.

---

211 CDC (Centers for Disease Control):Mumps, 2000. www.cdc.gov/nip/publication/pink/mumps.pdf

212 Gh.M. Voiculescu, *op. cit*., 206-211.

- *Mastita*: este o inflamație a sânilor, care poate să apară atât la femei, cât şi la bărbați.
- *Pancreatita:* se manifestă cu dureri în abdomenul superior şi sensibilitate la presiune. Poate fi afectat şi pancreasul endocrin, cu apariția unei toleranțe scăzute la glucide. Este o complicație comună în orhită, dar *trecătoare şi nu lasă sechele*. Rolul ei diabetogen, incriminată în diabetul juvenil, a fost mult discutată, dar nu s-a putut dovedi acest lucru.
- Afectarea sistemului nervos*:* este frecventă, dar *trecătoare*, deseori fără manifestări clinice. Formele clinice sunt : meningita, encefalita şi mielita urliană._*Evoluția lor, spre vindecare, este o regulă.*

Diagnosticul pozitiv se poate pune prin detectarea anticorpilor în primele zile de boală. Virusul este detectat în urină deja cu 6 zile înainte de tumefierea glandei salivare.

Tratament: izolarea pacientului timp de 14 zile, la domiciliu sau la spital (în formele severe), repaus la pat, dietă nutritivă şi fără restricții deosebite; dietă lichidă şi semisolidă în perioada de tumefacție, iar în caz de pancreatită, un regim fără multe glucide, grăsimi şi făinoase.

2. Vaccinul urlian

Pretextul pentru ca vaccinul să fie administrat copilului în vârstă de 1 an sau peste un an, singur, sau în asociere (ROR), este acela de a preveni o complicație a oreionului, şi anume orhita (inflamație a testicolelor), care ar fi urmată uneori de sterilitate. Cu timpul, **acest pretext a fost abandonat**, deoarece pe de o parte, orhita devine periculoasă doar după pubertate, iar pe de altă parte, afecțiunea este de obicei unilaterală. Noul argument folosit este acela că boala ar provoca otite medii cu posibilă afectare a auzului, lucru care nu fost dovedit. Un alt argument este acela că virusul parotiditei epidemice afectează pancreasul şi poate induce un diabet zaharat tip I (insulinodependent), prin afectarea sistemului imun. *"Adevărul este că, vaccinul o face cu o mai mare probabilitate*, *deoarece, virusul vaccinal este introdus în organism în mod artificial şi rămâne aici, în comparație cu boala naturală, când oreionul lasă o imunitate permanentă, cu vindecare completă şi eliminarea virusului*[213].

Vaccinul urlian monovalent, singur, este un vaccin cu virus viu atenuat, introdus din 1967[214]. La ora actuală, se administrează în combinație cu vaccinul rujeolic şi rubeolic: ROR.

Reacțiile adverse şi complicațiile postvaccinale sunt descrise la vaccinul ROR.

[213] F. P. Graf, *op. cit.,* 2000, 99.
[214] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 212.

VI. Rubeola şi vaccinul rubeolic

1. Rubeola[215]

Este o boală infecţioasă, foarte contagioasă, provocată de virusul rubeolic, caracterizată clinic prin manifestări catarale respiratorii uşoare, adenopatii, erupţie micromaculoasă şi cu o evoluţie benignă. Virusul rubeolic a fost izolat în 1962, fiind un virus ARN, din familia Togaviridae. *Se cultivă pe celule renale provenite de la maimuţa africană.*

Are o răspândire universală, care apare sporadic *sau în epidemii.* Cu toate acestea, cazurile epidemice nu pot fi sesizate toate, *multe fiind forme atipice, fără erupţie*; nu este o boală declarabilă, motiv pentru care nu este bine cunoscută morbiditatea ei. Nu s-au înregistrat cazuri de deces din cauza rubeolei. *Boala este puţin mai severă la adult.*

Sursa de infecţie este omul bolnav, cu infecţie clinică şi subclinică.

Transmiterea este prin aer, prin secreţii nazofaringiene.

Imunitatea dată de boală este de lungă durată; se cunosc rare cazuri cu reîmbolnăviri, de obicei sunt subclinice; *reinfecţiile sunt mai frecvente la persoanele cu imunitate artificială, postvaccinală.*

Tabloul clinic

Incubaţia variază între 14 şi 21 de zile.

Perioada preeruptivă: debutul este insidios, cu febră uşoară, fenomene catarale nazale, conjunctivale, cefalee uşoară şi inidispoziţie. *"*Primul şi ultimul semn al rubeolei*"* este tumefierea ganglionilor limfatici occipitali (cea mai frecventă), laterocervicali, submaxilari etc.Splina este uşor mărită.

Perioada eruptivă:

- erupţia este asemănătoare cu cea rujeolică: macule de culoare roz, care nu confluează, lăsând între ele portiuni de piele sănătoasă; erupţia apare iniţial după ureche şi pe frunte, apoi, în timp de o zi, cuprinde faţa, trunchiul şi membrele; mâncărimea (prurit) este uşoară la copil şi mai accentuată la adult, la care erupţia este mai intensă;
- tumefierea ganglionilor persistă şi în această perioadă.

Evoluţia

- la copii: *boala este foarte uşoară*, erupţia lipsind deseori;

- la adult: *boala este uneori mai severă,* cu artralgii (dureri articulare) şi erupţie mai intensă;

---

[215] *Ibidem*, 65-69.

- în mod normal, erupția trece în 2-3 zile, la fel şi febra care deseori lipseşte.

Complicații

- sunt foarte rare: otite, angine, pneumonii, suprainfecții bacteriene;

- *artrita rubeolică: apare îndeosebi la adolescenți şi adulți;* este mai frecventă în epidemii şi se manifestă prin dureri articulare şi periarticulare; apare o dată cu erupția sau imediat după aceea şi poate dura 2-3 săptămâni[216].

Rubeola la gravide şi rubeola congenitală

Rubeola nu prezintă un pericol pentru sănătatea mamei, după cum s-a văzut. Singurul pericol există atunci când, femeia însărcinată face rubeolă în primele 3 luni de sarcină, putând afecta fătul. Este indicat ca toate fetele să facă rubeolă în copilărie, care le lasă o imunitate îndelungată, de cele mai multe ori pe viață, inclusiv pe timpul sarcinii, şi să nu se vaccineze împotriva rujeolei, deoarece nu lasă o imunitate îndelungată. Dimpotrivă, există şanse mari să facă boala la vârsta adultă, inclusiv în timpul sarcinii; *vaccinul ROR nu este doar ineficient, ci comportă şi multe riscuri***:**

- apariția rubeolei congenitale depinde de starea de receptivitate a populației feminine aflate la vârsta fertilă; în trecut, 10-30% dintre adolescente erau susceptibile la rubeolă[217];

- nu am găsit nicio statistică care să arate la ora actuală, starea de receptivitate la adolescente şi nici la femeile aflate la vârsta fertilă, din România; este posibil ca procentul să se fi schimbat foarte mult datorită vaccinurilor din copilărie, care nu lasă o imunitate îndelungată; la noi, vaccinului ROR se administrează la vârsta de 1 an la toți sugarii (indiferent de sex, ceea ce nu este explicabil, ştiind că rubeola este cea mai benignă infecție contagioasă, iar la băieți nu-şi are rostul...);

- reinfecțiile de rubeolă în graviditate, deşi posibile, nu afectează fătul[218], afirmă Dr. Voiculescu;

- copiii ale căror mame au contractat rubeola înainte de cea de-a a 11-a săptămână de sarcină, fără ca acestea să aibă imunitate pentru rubeolă (se dozează anticorpii), vor putea fi afectați, prezentând malformații; *la copiii născuți din mame care au făcut rubeolă după a 16-a săptămână de sarcină, nu se constată nicio malformație;* între săptămâna a 11-a

[216] *Ibidem*.
[217] *Ibidem*, 70.
[218] *Ibidem*.

şi a 16-a, rubeola poate provoca la făt defecte congenitale în 35% din cazuri; rubeola la gravide mai poate provoca avort spontan şi naşteri premature[219];

Manifestările cele mai frecvente ale rubeolei congenitale sunt:[220]

- oculare: cataracta, iridociclită, glaucom, retinopatie etc.;

- auditive: surditatea;

- cardio-vasculare, neuro-psihice etc.

2. Vaccinul rubeolic

a) Generalităţi. Studii

- *Primul vaccin rubeolic* a fost sintetizat în 1969 în SUA, cu tulpina "*Cemdehi PP",* dar au fost puse sub semnul întrebării, atât eficienţa, cât şi siguranţa acestuia. Cu toate acestea, s-au administrat peste 80 milioane de doze de vaccin în SUA. Începând cu anul în care a fost introdus vaccinul, s-a înregistrat o creştere a cazurilor de rubeolă, la adolsecenţi şi adulţi, deoarece, aşa cum remarca Cherryl, în 1980, *"are loc o amânare a bolii, de la vârsta copilăriei (sub 14 ani) la vârsta de adolescent (peste 15 ani)… Se ştie că, de fapt, nu se are în vedere o prevenire a rubeolei în copilărie, ci o prevenire a rubeolei congenitale"*. Nu s-a putut realiza acest obiectiv, fiind unul utopic**.** Rubeola congenitală a scăzut în SUA, datorită scăderii numărului de naşteri, nu datorită vaccinului. Cherryl a reuşit în final să accentueze unele probleme importante legate de acest vaccin: *"Rubeola nu poate fi eradicată prin vaccinare, aşa cum s-a dorit iniţial, deoarece reinfecţia poate avea loc atât după boala naturală, cât şi după vaccin… rubeola este amânată, prin intermediul vaccinurilor, la o vârstă când nu este deloc dorită o astfel de infecţie…* ***Cazurile de rubeolă congenitală au scăzut datorită creşterii numărului de avorturi provocate!****"*[221].
- Despre vaccinarea antirubeolică,Viera Scheibner afirmă că este "*un experiment inutil şi periculos care continuă şi în ziua de azi"*[222].
- *Un studiu* important despre vaccinul antirubeolic s-a efectuat în Australia, de către Dr. Beverly Allan, în 1973. Acesta a administrat unor recruţi din armată, la care nu s-au evidenţiat anticorpi faţă de boală (deci nu aveau imunitate..), vaccinul anti-rubeolic. El a observat că *"după*

[219] *Ibidem*.
[220] *Ibidem*.
[221] V. Scheibner, *op. cit*., 2000, 138.
[222] *Ibidem*.

ce soldații au fost vaccinați cu Cendvax (vaccin cu virus rubeolic viu, atenuat) şi trimişi într-un lagăr unde era o epidemie de rubeolă, în decurs de 3-4 luni, 80% dintre soldații vaccinati s-au îmbolnăvit de rubeolă. În urma altui experiment, făcut pe copii cu dizabilități din diverse Centre speciale, a demonstrat acelaşi lucru: ineficiența vaccinului"[223].

- În Londra, Sir Henry Yellowlees, a trimis o scrisoare către toți medicii din Londra, iar apoi a scris şi în ziarul *London Daily Telegraph*, din 26 februarie 1976, despre ineficiența vaccinului antorubeolic: cu toate că se face o campanie intensă de vaccinare în masă, cazurile de rubeolă congenitală nu au scăzut deloc. Alți autori arată că un procent de 5% dintre cei vaccinați, nu prezintă seroconversie, adică nu formează anticorpi, deci nu au nici imunitate față de boală (după cum ne arată Literatura de specialitate), lucru deloc surprinzător[224].
- *Campaniile de vaccinare în masă au declanşat deseori epidemii de rubeolă*: în 1973, Klock şi Rachelefsky descriu o astfel de epidemie (peste 1000 de cazuri), care a izbucnit în Caspar/Wyoming, în perioada ianuarie – mai 1971, la doar 9 luni după o campanie de vaccinare în masă, antirubeolică, când au fos vaccinati 83% din elevii şcolilor primare şi 52% din copiii preşcolari. *A fost greşită ipoteza conform căreia, prin vaccinarea copiilor preşcolari şi pre-pubertari, şi dobândirea unei imunități înalte la această vârstă, se va putea evita răspândirea rubeolei la restul populației*[225]. Acelaşi lucru se întâmplă şi în ziua de azi, când observăm apariția unor focare epidemice la adolescenți şi adulți (inclusiv femei însărcinate), după vaccinarea copiilor şi elevilor mai mici. În Cluj-Napoca, a izbucnit o epidemie de rubeolă iarna trecuta (2011-2012), la doar 2-3 luni de la vaccinarea elevilor din clasa I şi a II-a, cu vaccinul ROR. Epidemia a atins în special studenți şi adulți tineri, inclusiv studente însărcinate, pe care i-am tratat, fiind medic de familie pentru studenții de la Facultatea UTC din Cluj-Napoca. Unii dintre ei prezentau complicații (pneumonii, artrite), iar studentele însărcinate au avut nevoie de consiliere.
- În Canada, în 1983, recomandarea din partea Oficialităților era următoarea: *"Vaccinul rubeolic ar trebui să fie administrat în mod sistematic*

---

[223] *Ibidem*, 140.

[224] M. A. Menser, J. M. Forrest, *"Maternal infections and the developing foetus"*, *Med J Aust* 1973, Mar 3,1(9):445-452. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4350773

[225] L. E. Klock und G. S. Rachelefsky, *"Failure of rubella herd immunity during an epidemic"*, *N Engl J Med* 1973.Jan 11;288 (2):69-72. .http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4681979

tuturor copiilor, indiferent de sex, începând cu vârsta de un an sau imediat după aceea, în combinație cu vaccinul rujeolic şi urlian (un trivaccin ROR/MMR)…Vaccinul rubeolic ar trebui administrat tuturor tinerelor şi femeilor tinere… exceptând cazurile care dispun de imunitate…Nu sunt cunoscute reacții adverse ale vaccinului la femei”. Cu toate acestea, vaccinul antirubeolic a fost contraindicat la femeile gravide… Viera Scheibner critică în mod vehement o astfel de “politică” specific unui regim totalitarist[226].

- În România, la copii, este folosit vaccinul combinat ROR.

b) Prezentare

RUDIVAX[227]: este un vaccin rubeolic monovalent, sintetizat de SANOFI PASTEUR şi conține virus viu atenuat, tulpina WISTAR RA27/3M.

c) Reacții adverse şi complicații postvaccinale:

- *Adenopatie*: inflamația ganglionilor
- *Artrite* (inflamația articulațiilor): au fost descrise artrite de Cooper ş.a., în 1969[228]; Kilroy ş.a.,[229] descriu în 1970 dureri accentuate apărute la nivelul mâinilor şi a genunchilor, uneori soldate cu sechele, precum deformări ale acestora.
- *Mieloradiculonevrite*: în 1972, Gilmartin [230] ş.a. au relatat despre 36 de cazuri cu acest sindrom după o campanie de vaccinare în masă cu vaccinul antirubeolic, a copiilor. Cu aceeaşi intensitate, au apărut cazuri de mieloradiculonevrite şi la copiii vaccinați cu HPV (virus papiloma uman), tipurile HPV-77-DK12 şi HPV-77-DE5. Cei mai afectați au fost copiii preşcolari. Reacțiile adverse la ambele tipuri de vaccin (rubeolic şi HPV) au apărut la majoritatea copiilor *în primele 2-7 săptămâni de la vaccin*, la alții mai târziu.

[226] V. Scheibner, *op. cit*., 143.

[227] *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, Editura Medicală, 876.

[228] L. Z. Cooper, P. R. Ziring, H. J. Weiss u.a., *“Transient arthritis after rubella vaccination”*, *Am J Dis Child;*1969 Aug;118:218-225.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5794817

[229] A. W. Kilroy, W. Scheffner, W. F. Fleet, L. B. Lebkowitz Jr., D. T. Karzon und G. M Fenichel, *“Two Syndromes Following Rubella Immunization Clinical Observations and Epidemiological Studies”*, 1970, *Am med Ass*;214 (13):2287-2292. http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=358853

[230] R. C Gilmartin, . J. T. Jabbour und D. A. Duemas, “Rubella vaccine myeloradiculoneuritis”, 1972, *J Pediatr*. 80 (3):406-412. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4334176

Ineficiența vaccinului antirubeolic a devenit destul de repede una din temele cele mai discutate în acea perioadă. În cele din urmă, "s-a convenit" la combinarea lui cu vaccinul rujeolic şi vaccinul urlian, rezultând vaccinul trivalent ROR/MMR.

VII. Vaccinul ROR (rujeolic-urlian-rubeolic)

1. Generalități

Studiile care se fac la ora actuală (în mod oficial), se întind pe 3 săptămâni după vaccinul antirujeolic, iar un timp mai lung este considerat inutil, deoarece viremia postvaccinală (virusul din sânge) poate fi dovedită doar în a doua săptămână de la vaccin. Majoritatea studiilor s-au făcut cu vaccinul antirujeolic simplu, nu cu trivaccinul ROR/MMR. Perioada de 3 săptămâni este cu totul insuficientă, deoarece *"ne putem aştepta la reacții secundare de la vaccin după luni sau ani de zile, datorită existenței unor virusuri restante (virusuri latente)"*[231].

Legat de această problemă, renumitul epidemiolog canadian Spitzer se arată îngrijorat de faptul că *"nu se face nimic pentru a demonstra siguranța vaccinului MMR/ROR. În timp ce multe studii arată efectele favorabile ale vaccinului, nu am putut găsi niciun studiu care să ateste siguranța lui privind efectele secundare şi bolile post-vaccinale"*[232], afirma el.

*Studiile făcute până acum nu arată deloc siguranța acestui trivaccin. Nu s-a făcut niciun studiu comparativ cu cei nevaccinați***.** *Se ştie că virusurile vii, combinate, pot duce, prin schimbări de gene între ele, la modificări ale proprietăților virale. Dacă are loc o scădere a imunității prin unul dintre virusurile din vaccin, celelalte două virusuri existente pot provoca o infecție latentă sau o reacție autoimună.* La pacienții cu o *afecțiune hepatică autoimună* s-au putut detecta în ficat virusuri din vaccin încă mulți ani după ce au fost vaccinați împotriva rujeolei[233].

---

[231] M. Hirte, *op. cit.*, 259.

[232] W. Spitzer, *"The Real scandal of the MMR debate"*, *Daily Mail* 18.12.2001. http://www.vaccinationnews.com/DailyNews/March2002?RealScandalMMR.htm

[233] H. Kawashima et al , *"Polymerase chain reaction detection of the hemaglutinin gene from an attenuated measles vaccine strain in the peripheral mononuclear cells of children with autoimmune hepatitis"*, *Arch Virol* 1996, 141 (5): 877-884.

La copiii cu autism, s-a putut dovedi existența virusului vaccinal în leucocite, mucoasa intestinală şi lichidul cefalorahidian (LCR) încă după ani de zile de la vaccin[234].

În SUA, între anii 1990-2000, s-au raportat mai mult de 40 000 de plângeri legate de efectele secundare ale vaccinului MMR (ROR). În 1994, în Marea Britanie**,** autoritățile din domeniu au raportat 530 de cazuri grave în urma vaccinării a 7 milioane de copii cu trivaccinul MMR (ROR), dintre care *multe cazuri de meningoencefalite şi artrite cornice. Raportul este de 1 caz grav la 13.000 de vaccinați*[235,236].

Sugarii mamelor vaccinate cu ROR nu prezintă doar o apărare scăzută față de rujeolă, ci şi față de un alt virus care este înrudit cu cel rujeolic: *virusul respirator sincițial (VRS),* responsabil de numeroase infecții respiratorii grave la sugari. În țările industrializate a crescut îngrijorător de mult frecvența şi gravitatea bronşitelor cu acest virus, în timp ce în țările cu vaccinări puține rata infecțiilor respiratorii cu VRS este scăzută[237].

Eliminarea virusului: *"Virusul poate fi eliminat de către cei vaccinați încă timp de 2 săptămâni"*[238]. *"Pentru oamenii sănătoşi acest lucru este lipsit de pericol, dar pentru cei cu un sistem imun deficitar poate deveni o problemă"*[239].

Combinarea celor trei vaccinuri s-a făcut din mai multe motive: OMS "declară" că scopul este eradicarea celor trei boli. Problema unei false eradicări, a fost tratată la vaccinul rujeolic. Se ştie la ora actuală că acest obiectiv nu poate fi atins şi nici nu este necesar. O ştiu şi cei de la OMS. Orice boală naturală, inclusiv cele trei descrise aici, lasă în urmă o imunitate naturală îndelungată, care va proteja organismul în viitor şi de alte boli, în special de boli cronice grave (leucemie, boli renale, ş.a.). Trebuie remarcat faptul că, înainte de a exista vaccinurile, cele trei boli nu erau considerate ca fiind periculoase. Dimpotrivă, erau etichetate drept boli benigne ale copilăriei. Cu

---

[234] J. Bradstreet, *"Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorders"*, Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. The National Academics of Science , 9.2.2004. http://www.nationalautismassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf

[235] J. Fletcher, *"Safe or Sorry?"*, *Health visitor* 1996, Vol.69, No.5:200.

[236] AT (Arznei – Telegramm):zur Verträglichkeit der Masernimpfung. AT 1996, 2:22.

[237] J. A. Weigl, W. Puppe, O. Belke, J. Neussuset et al, *"The descriptive epidemiology of severe lower respiratory tract infections in children in Kiel, Germany"*, *Klin Pädiatr 2005*, 217(5): 259-267.

[238] C. Miller, *"Live measles vaccine: a 21 year follow up"*, *BMJ* (Clin Res Ed) 1987, 295 (6589) : 22-24. http://webpages.netlink.co.nz/ias/measles.htm

[239] M. Hirte, *op. cit*., 262.

toate acestea, publicitatea făcută vaccinurilor şi mai ales teama indusă populaţiei, că cele trei boli ar putea provoca boli grave şi chiar moartea copilului nevaccinat a dus la o vânzare fără precedent a vaccinurilor. Dr. Friedrich Graf arată că în cei 25 de ani de practică medicală nu a avut nici măcar un singur caz de deces cauzat de una dintre cele trei boli. Acelaşi lucru îl spun şi colegii lui, medici pediatri. Dr.Graf relatează că a văzut foarte multe epidemii de rujeolă, iar puţinele cazuri severe, aveau în antecedente fie o evoluţie dificilă după alte vaccinuri, fie din cauza unei supravegheri neatente a bolii, fie o tratare inadecvată a febrei. În toate aceste cazuri mai grave, "vina" era pusă mereu pe seama refuzului vaccinului[240]. Nu este nevoie de o dovadă scrisă sau verbală a medicilor despre adevăr, căci dovadă stau părinţii şi bunicii noştrii care nu se temeau de bolile copilăriei, ştiind că nu erau periculoase. Rarele complicaţii ale bolilor contagioase nu se pot compara cu actualele complicaţii postvaccinale, care sunt mult mai grave şi mult mai numeroase.

2. Prezentare[241]

a) PRIORIX (a înlocuit vaccinul ROR)

- Este sintetizat de GLAXO SMITHKLINE
- Este un vaccin folosit pentru imunizare activă faţă de rujeolă, oreion şi rubeolă.
- Conţine tulpina rujeolică Schwarz, tulpina urliana RIT şi tulpina rubeolică Wistar RA.

b) PRIORIX TETRA

- Are aceeaşi compoziţie ca şi PRIORIX, avand în plus tulpina varicelo-zosteriană OKA.

c) MMR-II

- Sintetizat de MERCK-SHARP& DOHME.
- Este un vaccin cu virusuri vii: rujeolic, urlian şi rubeolic.
- Este utilizat cu precădere în SUA şi în alte ţări europene.

3. Reacţii adverse şi complicaţii postvaccinale

a) Boala postvaccinală subclinică

O febră care persistă mai multe zile, între zilele 7-14, apare la un procent de 5-15% dintre vaccinaţi. În acest interval de timp, copilul prezintă deseori

[240] Friedrich P. Graf, *op. cit.,* 2007, 96-97.

[241] *Agenda Medicală 2012*, Ediţia de buzunar, Editura Medicală, 869, 873.

"o formă «trunchiată» de boală (rujeolă): febră, stare generală uşor alterată şi uneori erupţie cutanată. Simptomele apari mai frecvent după trivaccinul MMR (ROR, decât după vaccinul antirujeolic simplu"[242]. Cu alte cuvinte, un procent destul de mare dintre copiii vaccinaţi (nu şi imunizaţi!) fac o formă subclinică de rujeolă.

b) Crize convulsive febrile

La 6-14 zile după vaccin, pot apare convulsii febrile cu o frecvenţă de 2:1 000 de cazuri[243]. *Ele nu au repercusiuni ulterioare la copiii sănătoşi*, în schimb la cei care au avut şi în alte situaţii convulsii febrile, sau au rude care le-au avut în antecedente, este crescut riscul de a avea consecinţe, motiv pentru care este necesar ca medicul de familie să informeze părinţii copilului în legătură cu aceste probleme[244].

Uneori, convulsiile febrile apărute după vaccin, pot fi primul simptom al unei encefalite postvaccinale[245]. Encefalita postvaccinală este o afectare a sistemului nervos şi poate fi provocată de orice vaccin, inclusiv ROR.

c) Reacţii alergice şi anafilaxie

La 1 din 65 000 de cazuri, s-au observat cazuri grave de alergii[246]. Având în vedere că ambele vaccinuri (antirujeolic şi ROR), conţin Neomicină, gelatină ca rol de stabilizator şi celule embrionare de pui, alergiile pot fi provocate de oricare dintre aceste componente. Se observă apariţia diverselor forme de alergii: *rinite alergice, crize de astm bronşic sau chiar şoc alergic.* Aceste reacţii grave *"sunt pur şi simplu ignorate de către Ute Quast în cartea ei* "*Reacţii postvaccinale" (Ute Quast et al., Impfreaktionen. Hippokrates, 2 Auflage, Stuttgart 1997) şi care a fost distribuită gratuit de către producătorul de vaccinuri Chiron Behring, în toate cabinetele medicale"*[247].

Între timp se ştie că *"vaccinul antirujeolic, datorită conţinutului în gelatină,* ***provoacă alergii încrucişate cu alimente precum ou, lapte de vacă sau***

---

[242] M. R. Geier, D. A. Geier, *"Pediatric MMR vaccination safety"*, *International Pediatrics* 2003, 18;203-208

[243] C. Miller, E. Miller, B. Rowe, C. Bowie, M. Judd, D. Walker, *"Surveillance of symptoms following MMR vaccine in children"*, *The Practitioner* 1989, 233:69-73

[244] M. Hirte, *op. cit.,* 262.

[245] W. Ehrengut, *"Measles Encephalitis: Age disposition and vaccination"*, *Archiv ges Virusforsch* 1965, XVI (1-5):311-313.

[246] AT (Arznei – Telegramm):zur Verträglichkeit der Masernimpfung. AT 1996, 2:22.

[247] M. Hirte, *op. cit.,* 263.

carne de pui"[248]. Mulți părinți nu-şi pot explica de ce copiii lor nu mănâncă carne în primii ani de viață sau până merg la şcoală. Explicația există, dar nu le este oferită, fiindcă deseori nici medicii nu o ştiu. Se vorbeşte doar despre alergia la ou, la lapte de vacă ş.a.

Reacțiile alergice, după cum am văzut, sunt induse de IgE (anticorpi/reagine). Virusurile din vaccinul MMR (ROR) pot modifica "in vitro" limfocitele umane în aşa măsură încât să formeze anticorpi alergici (Ig E)[249]. După un studiu efectuat în Danemarca, *"vaccinul ROR creşte de două ori riscul pentru Neurodermatita (dermatita sau eczema atopică/alergică) până la vârsta de 15 ani!"*[250].

d) Trombocitopenie. Purpura trombocitopenică

La 1 din 22 000 de cazuri, după 6 săptămâni de la vaccinul ROR, apare o purpură trombocitopenică (boală datorată trombocitopeniei, care duce la scăderea coagulării sângelui cu apariția hemoragiilor).[251] Primele simptome sunt nişte puncte cutanate hemoragice sau la nivelul mucoaselor şi în cel mai rău caz, se poate ajunge la hemoragii interne. La 58% din cazuri cu trombocitopenie postvaccinală înregistrate în Franța, numărul trombocitelor era sub 10.000/mm cub, iar la peste 10% din cazuri, evoluția a fost cu complicații[252]. În practica mea medicală, am văzut deseori cazuri de trombocitopenie apărute la scurt timp după vaccinul ROR, dar nu se caută cauza bolii, ci se pune accent doar pe tratament.

e) Ataxie

În a doua săptămână după vaccin s-a observat la unii dintre copii o disfuncție a creierului mic (cerebel). Simptomele tipice constau în *"tulburări de mers, de coordonare a mişcărilor, a mâinilor, care durează de obicei câteva*

---

[248] A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., *"Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination"*, *Pediatrics* 2001, 107 (2): E27.

[249] F. Imani, K. E. Kehoe, *"Infection of human B lymphocites with MMR vaccine induces IgE class switching"*, *Clin Immunol* 2001 (3):355-361.

[250] A. B. Olesen, S. Juul, K. Thestrup-Pedersen, *"Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps and rubella or measles infection"*, *Acta Derm Venereol* 2003, 83 (6): 445-450.

[251] E. Miller, P. Waight, C. P. Farrington et al., *"Idiopathic thrombocytopenic purpura and MMR vaccine"*, *Arch Dis Child* 2001, 84 (3): 227-229

[252] D. A. Geier, M. R. Geier, "*A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism"*, *Med Sci Monit* 2004, 10 (3): PI33-9. Epub 2004 Mar 01.

zile. Raportul este de 8 cazuri la 100.000 de vaccinați"[253]. Nu s-a dat o altă explicație acestei afecțiuni, decât o posibilă infecție a creierului. Mai probabil, afecțiunea are acelaşi mecanism patogenic ca şi encefalita postvaccinală.

f) Boala Crohn

Boala Crohn (descrisă în cap. 3) este o boală autoimună a intestinului gros, cu diaree cronică, dureri abdominale şi scădere în greutate, care *a înregistrat o creştere spectaculoasă în ultimii zeci de ani*[254]. În Scandinavia, între anii 1990-2001, frecvența bolii a fost de 5 ori mai mare.

Această afecțiune este pusă în legătură cu vaccinul antirujeolic. La copiii cu boala Crohn s-au găsit virusul vaccinal în intestinul acestora[255].

Copiii care sunt infectați cu virusul rujeolic de la mamă în viața intrauterină sau în primele luni de viață, vor avea un risc crescut de a dezvolta ulterior boala Crohn.

În România, se constată o creştere îngrijorătoare a bolii Crohn în rândul adolescenților şi adulților tineri, fără ca să fie implicate în etiologia lor vaccinurile...

g) Boli neurologice

În primele 4 săptămâni de la vaccinul ROR, creşte riscul bolilor neurologice[256]:

- *Encefalite,*
- *Mielite transverse,*
- *Sindromul Guillain-Barre,*
- *Autism,*
- *Pareze, paralizii etc.*

Allerdist arată în 1979, o statistică total diferită de cea oficială: *"1 caz cu complicații neurologice grave la 2.500 de copii vaccinați"*[257].

---

[253] A. M. Plesner, F. J. Hansen, K. Taudorf, L. H. Nielsen, C. B. Larsen, E. Pedersen, *"Gait disturbance interpreted as cerebellar ataxia after MMR vaccination at 15 months of aige: a follow-up study"*, *Acta Paediatr* 2000, 89 (1): 58-63.

[254] ESPED (Erhebungseinheit fűr seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland)-Jahresbericht 1998. http://www.public.rz.uni-duesseldorf.de/-esped/jabe1998.htm

[255] H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., *"Detection and sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism"*, *Dig Dis Sci* 2000 , 45 (4): 723-729.

[256] M. Hirte, *op. cit*., 265.

[257] H. Allerdist, *"Neurologicalcomplications following measles vaccination"*, *Dev Biol Stand* 1979, 43:259-264.

Mai multe cazuri de inflamație a nervului optic sunt descrise în literatura de specialitate, unele soldându-se cu *grave tulburări de vedere*[258].

h) Sindromul Guillain-Barre (SGB)

SGB este, alături de mielitele transverse ale măduvei (afecțiuni inflamatorii ale măduvei), o complicație neurologică severă, soldată uneori cu deces. La înstitutul Paul-Ehrlich din Germania au fost raportate 5 cazuri în perioada 2001-2006[259].

Caz: Maria B., născută la 10 mai 1981, este o victimă a vaccinului MMR (ROR). (Autorii au modificat numele fetiței, la dorința părinților.) În 1984, fetița era sănătoasă şi tocmai împlinise vârsta de 4 ani, când trebuia să fie vaccinată. La 4 zile după ziua ei de naştere (în 14 mai), i s-a administrat vaccinul ROR. La 5 zile după vaccin, părinții observă o poziție ciudată a piciorușului drept. Ziua următoare nu mai avea deloc putere în picior. Situația s-a agravat (deşi a fost internată şi tratată), iar la finele anului, fetița era paralizată, atât la mâini cât şi la picioare (tetraplegică). Starea de sănătate nu s-a îmbunătățit nici anul următor, iar membrele i s-au atrofiat. Apoi, încetul cu încetul, a început să prezinte o uşoară revenire, deşi, după 3 ani de la vaccin, în 1987, încă nu putea sta singură în şezut şi nu îşi ținea capul. În octombrie 1987 cânărea doar 13,5 kg, cu o importantă atrofie musculară, fiind necesară o îngrijire permanentă. Diagnosticul pus, a fost *"Sindrom Guillain-Barre"*. Se ştie că acest sindrom este unul din complicațiile neurologice postvaccinale severe. La ora actuală, Maria B. este o fetiță mică şi slăbuță, cu atrofie musculară importantă, fiindu-i vizibile oasele bazinului, ale mâinilor şi ale picioarelor, astfel încât dă impresia unui schelet acoperit cu piele. Articulația genunchilor este blocată complet, nu poate merge şi se joacă din poziție culcată (lateral) pe covor. Cu mult efort, se târăşte prin cameră, dar este singura modalitate de a se deplasa cât de puțin prin casă. La toaletă, are nevoie de ajutor. *Este un copil inteligent, normal dezvoltat psihic şi conştientizează handicapul ei*[260].

i) Encefalita postvaccinală

Este o afecțiune acută a creierului, care apare după vaccin şi constă în demielinizarea acută (distrugerea învelişului nervilor) provocată de o reacție

[258] G. S. Marshall et al., *"Diffuse retinopathy following measles, mumps and rubella vaccination"*, *Pediatrics* 1985, 76 (6) : 989-991; V. L. Stevenson et al., "Optic neuritis following measles/rubella vaccination in two 13-year-old children", *Br J Ophthalmol* 1996, 80 (12): 1110 f.

[259] M. Hirte, *op. cit*., 266.

[260] F. und S. Delarue, *op. cit*., 159.

autoimună. Este rezultatul unei reacții exagerate a sistemului imun față de vaccin (vezi cap. 3). Afecțiunea apare între ziua a 6-a şi a 15-a de la vaccin şi mai este denumită *"Encefalită demielinizantă"*[261].

Prognoza encefalitei postvaccinale nu este favorabilă. Un studiu arată că *"din 48 de copii care au făcut encefalită în primele 15 zile de la vaccin, 8 dintre ei au murit, iar toți ceilalți au rămas cu sechele neurologice sau psihice definitive"*[262].

Între anii 1991-1996, în SUA s-au înregistrat 166 cazuri de encefalită după vaccinul antirujeolic[263].

În Germania, în aceeaşi perioadă, s-au înregistrat doar 16 cazuri, dar, conform Centrului de cercetare pentru sănătatea copilului din Germania, cifrele oficiale sunt subestimate. Se pare că nu sunt raportate decât 5-10% din cazuri, dar chiar şi atunci riscul unei encefalite rămâne de 1: 35.000 şi 1: 50 000. Asta înseamnă că riscul unei encefalite postvaccinale nu este mai mic decât cel al encefalitei din cadrul rujeolei (ca şi complicație a bolii) la copiii mici. În schimb, *"o dată cu creşterea copilului, creşte şi riscul unei encefalite postvaccinale"*[264]. Tocmai această statistică arată pe ce "bază nesigură" se sprijină indicațiile vaccinării antirujeolice.

j) PESS postvaccinal

Panencefalita subacută sclerozantă (PESS) este o afecțiune foarte rară ce apare tardiv, ca o complicație a rujeolei. Până în ziua de azi *"nu există nicio dovadă că vaccinarea poate preveni PESS"*[265],[266]. S-a observat însă că la unii dintre sugari PESS apare la foarte scurt timp după vaccin. Cu toate acestea, în literatura de specialitate PESS este considerată o complicație rară, postrujeolică, dar nu şi postvaccinală.

---

261 M. Hirte, *op. cit*., 2008, 266.

262 R. E. Weibel, V. Caserta, D. E. Benor et al., *"Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program"*, *Pediatrics 1998*, 101 (3,1): 383-387

263 CDC (Centers for Disease Control): Measles, Mumps, and Rubella-Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps:Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998, 47 (RR-8), 1-57.

264 K.Gritz, MMR-Impfung:Vorurteile-Fakten . Kinderarzt 1999, 30:10 f.

265 V. Uhlmann , C. M Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al, *"Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease"*, *J Clin Pathol* 2002, 55:0-6.

266 R. Sandall, MMR rip ? Times Online, 14. Dezember 2003. *http://www.timesonline.co.uk/article/0,,100009-941849_1,00.html*

k) Autismul

Autismul este o tulburare psihică şi emoțională, nevindecabilă, care apare în primii 3 ani de viață. Copiii se retrag şi se izolează în "lumea lor" şi dezvoltă un comportament bizar (boala este tratată pe larg în cap. 3).

La mijlocul anilor'90, în Marea Britanie, părinții copiilor autişti au bănuit că există o legătură dinre vaccinul ROR/MMR şi boală[267]. În anul 1998, medicul gastroenterolog Wakefield scria în revista medicală *Lancet* despre 11 cazuri de autism la copiii care sufereau în acelaşi timp şi de infecții intestinale cronice, o posibilă cauză a autismului fiind vaccinul ROR[268]. El descrie boala ca fiind o "enterocolită autistă", adică o infecție intestinală cronică (cu evoluție spre boala Crohn sau rectocolita ulcero-hemoragică), combinată cu autism. Wakefield relata: *"Am descoperit la copii o enterocolită cronică asociată cu tulburări neuro-psihice. În cele mai multe cazuri simptomele apar după vaccinul MMR (ROR). Este nevoie în continuare de studii pentru a demonstra legătura dintre acest sindrom şi vaccinul MMR (ROR)"*[269].

Din analiza "VAERS" (Sistemului American de Statistică al SUA) reiese faptul că *există un risc crescut pentru autism la copiii care sunt vaccinați cu toate cele trei vaccinuri simultan: rujeolic, urlian şi rubeolic (ROR/MMR).* Riscul pentru autism este de 1,5 cazuri la 1 milion de vaccinați cu ROR, conform unui studiu făcut de Sistemul VAERS al SUA. Din acest procent, 1,4 rămân cu retard psihic şi 0,7 cu leziuni cerebrale[270]. În Japonia sunt relatate rezultate asemănătoare[271].

După teoria lui Wakefield, vaccinul ROR produce reacții încrucişate între tipurile variate de virusuri vaccinale şi sistemul imun al copilului, care induc boli autoimune cronice cu o evoluție nefavorabilă, chiar dezastroasă. Se pare că unii oameni au un sistem imun particular (cu o predispoziție genetică) care reacționează greşit la vaccinuri şi alți factori externi, provocând în final boli autoimune, inclusiv autismul. De aceea în unele familii autismul afectează

---

267 M. Hirte, *op. cit.,* 268.

268 A. J. Wakefield et al., *"Ileal-lymphoid –nodular hyperplasia , non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children"*, *Lancet* 1998, 351 (9103):637-641.

269 A. J. Wakefield, A. Anthony, S. H. Murch, M. Thomson et al., *"Enterocolitis in children with developmental disorders"*, *Am J Gastroenterol* 2000, 95 (9):2285-2295.

270 D. A. Geier, M. R. Geier, *"A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism"*, *Med Sci Monit* 2004, 10 (3): PI33-9. Epub 2004 Mar 01.

271 H. Takahashi, S. Suzumura, F. Shirakizawa, N. Wada et al., *"An epidemiological study on Japonese autism concerning routine childhood immunization history"*, *Jpn J Infect Dis* 2003, 56 (3):114-7.

mai mulți membrii[272]. ***Concluzia este că nu există o predispoziție la autism (!), ci la o reacție imună exagerată sau particulară la vaccin.***

La aceeaşi concluzie au ajuns mulți alti autori (J. Bradstreet, 2004 ş.a.). Rezultatele analizelor efectuate la copiii cu autism arată o înmulțire dramatică a virusurilor în organism, cu formarea unor anticorpi atipici, total ineficienți. Analizele arată următoarele modificări patologice[273],[274],[275].[276]:

- anticorpi anti-ROR *atipici (anormali)*, la nivelul peretelui intestinal;
- titru (concentrație) foarte mare de anticorpi antirujeolici *atipici* în sânge;
- material genetic viral rujeolic în LCR (lichid cefalorahidian),
- etc.

După ce Wakefield îşi enunță teoria conform căreia vaccinul MMR este în strânsă legătură cu debutul autismului la copii, a scăzut dramatic vaccinarea la copiii din Anglia, în special cu MMR. Drept urmare, Wakefield a fost atacat în mod vehement de către unii dintre colegii săi, dar mai ales de către autoritățile sanitare din Anglia. În final, Wakefield îşi pierde serviciul de gastroenterolog de la *Royal Free Hospital* din Londra şi se vede nevoit să emigreze în SUA. Unii dintre colegii săi care au fost coautori la revista *Lancet,* se distanțează de el şi îşi retrag afirmațiile. Între timp s-au "găsit" împotriva lui şi alte "dovezi" conform cărora el ar fi primit sume mari de bani de la un Birou de avocați care coordonează şi despăgubeşte părinții afectați şi păgubiți. Ei spuneau că Wakefield ar fi primit aceste sume drept recompensă pentru activități de consiliere şi alte binefaceri[277]. O serie de studii au fost făcute pentru ca teoria lui Wakefield să fie combătută, printre care şi un studiu danez, folosindu-se actele medicale a 500.000 de copii[278], dar rezultatele ob-

---

[272] A. M. Comi, A. W. Zimmermann, V. H. Freye, P. A.. Law, J. N. Peeden, *"Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism"*, *J Chid Neurol* 1999, 14 (6): 388-394

[273] V. K. Singh, R. L. Jensen, *"Elevated levels of measles antibiodies in children with autism"*, *Pediatr Neurol* 2003, 28 (4): 292-4.

[274] H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., *"Detection and Sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism"*, *Dig Dis Sci* 2000, 45 (5):773-729.

[275] V. Uhlmann, C. M. Marin., O. Sheils , L. Pilkington et al., *"Potential viral pathogenetic mechanism for new variant inflammatory bowel disease"*, *J Clin Pathol* 2002, 55:0-6.

[276] R. Sandall, MMR rip? Times Online, 14.Dezember 2003. http://www.timesonline.couk/article/O,,10009-941849_1,00.html

[277] H. Kaulen, *"Masern-Mumps-Röteln-Impfung:Wie ein Impstoff zu Unrecht in Misskredit gebracht wurde"*, *Dtsch Ärztebl* 2007, 104 (4):A-166.

[278] K. M. Madsen, A. Hviid, M. Verstergaard, D. Schendel et al., "A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism", *NEJM* 2002, 347 (19):1477-1482.

ținute au fost refuzate categoric spre publicare de către cele două mari reviste medicale: *JAMA* şi *Lancet.*

Un alt studiu a fost făcut şi finanțat de către conducerea Marii Britanii[279]. Concluziile la care s-a ajuns sunt lesne de înțeles: nu există nicio cauzalitate între autism şi vaccinul ROR.

Peter Fletcher, fostul director al secției pentru cercetare al Ministerului Sănătății şi membru al Comitetului pentru vaccinuri, caracterizează conducerea Marii Britanii în legătură cu descrierea vaccinului ROR, în *Mail on Sunday* din 5 februarie 2006, ca fiind de o *"indiferență absolută şi de neînțeles".* Ca întotdeauna, reacțiile secundare foarte rare rămân necunoscute, fără studii medicale. Fiind lipsite de o bază ştiințifică, ele nu pot fi nici dovedite… În schimb, tot mai multe date clinice şi ştiințifice arată că *"virusurile vii din vaccinul ROR pot produce, la o anumită categorie de copii,* ***grave modificări la nivelul creierului, a intestinului şi a sistemului imun****. Este uşor de înțeles că sistemul imun, la o anumită categorie de copii, este total depăşit prin prezența a trei virusuri vii, la care se adaugă vaccinurile tot mai multe din ultimii ani"*[280].

Am văzut că şi Harris Coulter face legătura între autism şi vaccinul DTP, iar apoi şi cu ROR (vezi cap.3). El afirmă că modificările produse de virusuri la nivelul creierului produc o *"encefalită autoimună"* în urma căreia, copiii pot rămâne cu sechele nervoase (ADHD, autism etc.), încadrate în Sindromul postencefalitic.

După studiile lui Harris Coulter au urmat multe alte studii (mai ales în ultimii 8-10 ani) ai căror autori au demonstrat că la baza acestei "encefalite autoimune postvaccinale" stau atât modificările produse de către virusurile vii (cum s-a crezut şi până atunci), de metale (aluminiu şi mercur) şi de substanțele alergizante din vaccinuri[281]. Toate împreună alergizează sugarul şi afectează în mod grav sistemul imun al acestuia, provocând reacții alergice (la nivelul creierului, al intestinului, al organelor limfatice) care se cronicizează şi, în final, duc la boli alergice (astm bronşic) sau boli autoimune: digestive (boala Crohn, celiachia, colita ulcero-hemoragică etc.), neurologice

---

[279] V. Demicheli, T. Jefferson, A. Rivetti, D. Price, *"Vaccines for measles, mumps and rubella in children"*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 4

[280] The Mail:Former science chief: MMR fears coming true. Mail on Sunday 22.3. 2006. http://www.mailonsunday.couk/pages/live/articles/health/healthmain.html

[281] Vortrag 2: *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*, Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt , M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html

(scleroză multiplă, autism, ADHD etc.), reumatice (ARJ la copii şi poliartrita reumatoidă la adult) ş.a.

Nu este nevoie întotdeauna de o reacție "particulară" la vaccinuri din partea sistemului imun a copilului ca să se producă aceste boli. Ele se pot produce şi la copiii cu un sistem imun sănătos. Aceştia pot deveni alergici din pricina dezechilibrului sistemului imun care este suprasolicitat de atâtea virusuri, dar este şi intoxicat de metalele grele şi alte substanțe chimice din vaccin. *Doar o dată cu înmulțirea vaccinurilor şi combinarea acestora (trivaccin, tetravaccin, pentavaccin, hexavaccin) din ultimii 40-50 de ani, ne confruntăm cu boli noi, apărute la copii şi adulți*, *şi mai ales cu o explozie a cazurilor de boli rare şi cronice*. Bolile acute sunt tratate cu mult "succes" cu ajutorul antibioticelor tot mai numeroase şi mai variate (nelipsite şi ele de atâtea efecte secundare), dar pentru bolile cronice nu este vindecare... În schimb, se fac eforturi mari în continuare pentru obținerea de medicamente paliative (care tratează, dar nu vindecă) şi mai ales pentru noi vaccinuri, "de viitor".

Este o realitate de necontestat că există o legatură între vaccinul MMR (ROR) şi autism, iar faptul că există părinți care au câştigat în instanță este o dovadă în plus. Dacă în America există astfel de cazuri deja de câțiva ani, în Italia pentru prima dată o familie a câştigat un asemenea proces: *de curând, judecătorul Lucio Ardigo a concluzionat că boala de autism a micuțului Valentino este direct legată de administrarea vaccinului MMR (ROR): Valentino s-a dezvoltat normal până la vârsta de 14 luni, când i s-a administrat vaccinul MMR(ROR). După aceea a prezentat scaune diareice, anorexie, agitație, plâns etc. Simptomele s-au agravat, a devenit alergic la alimente (specific copiilor cu autism) şi în final i s-a pus diagnosticul de autism. La ora actuală are 9 ani şi nu comunică verbal. Cazul a avut martori experți care au aprobat faptul că există o probabilitate ştiintifică mare ca vaccinul ROR să fi declanşat boala lui Valentino. Judecătorul Lucio Ardigo a concluzionat că autismul este direct legat de administrarea acestui vaccin*[282].

l) Decesul postvaccinal

Sunt descrise mereu cazuri de decese după vaccinul ROR. Ele sunt, după criteriile SUA, o reacție secundară a vaccinului.

---

[282] "MMR: A mother's victory. The vast majority of doctors say there is no link between the triple jab and autism, but could an Italian court case reignite this controversial debate?" http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html#ixzz23J2LnAf6,

Cu toate acestea, cazurile de deces sunt rareori recunoscute ca fiind provocate de vaccinul ROR. Spre exemplu, *“când în Marea Britanie s-au înregistrat 7 decese la scurt timp după vaccinul ROR, dintre care un caz de status epilepticus şi un caz de sindrom Guillain-Barre, doar două au fost recunoscute de către JABS (Justice, Awareness and Basic Support) ca fiind cauzate de vaccinul ROR”* [283]. “*Decesul se datorează uneori reacțiilor alergice grave (şoc anafilactic) sau a unei viremii severe la persoanele cu deficiențe imune grave, înnăscute sau dobândite”*[284], aflăm de la CDC.

Cauzele deceselor postvaccinale sunt mult mai multe, dar nu există niciun interes ca ele să fie recunoscute, cu atât mai mult în cazul unui deces, cum este SIDS (Sindromul morții subite la sugar) ş.a.

VIII. Tuberculoza (TBC) şi vaccinul antituberculos (BCG)

1. Tuberculoza (TBC)

Generalități[285]:

- *Tuberculoza este o boală infecto-contagioasă*, cu evoluție cronică, produsă de bacilul bacilul Koch, cu manifestări clinice şi/sau radiologice.
- *Infecția tuberculoasă este o infecție latentă*, adică o formă subclinică, fără manifestări clinice, radiologice sau bacteriologice.
- *Relația infecție-îmbolnăvire* este decalată în timp, *numai aproximativ 50% din infecții trec în boală în primul an,* restul necesitând interval de până la zeci de ani.
- *Bacilul Koch a fost descoperit în 1882* de către medicul german Robert Koch; la ora actuală bK este numit *Mycobacterium tuberculosis* şi face parte din genul Micobacteria, familia Mycobacteriaceae, alături de alte specii patogene şi nepatogene (oportuniste şi saprofite).

[283] A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., *“Alergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination”*, *Pediatrics* 2001, 107 (2):E27

[284] CDC (Centers for Disease Control): Vaccine side effects , adverse reactions , contraindications, and precautions. Recommandations of the Advisory Committee on Immunization Practices . MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996, 45 (RR-12):1-35.

[285] L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator şi locomotor.* vol.1, Editura Medicală, Bucureşti, 1998, 263.

- În România, tuberculoza a înregistrat un *declin relativ constant în perioada 1950-1980*. A urmat o *perioadă de stagnare între anii 1981-1988*, după care se înregistrează o *creştere marcată în fiecare an.*
- *Boala are o infecțiozitate redusă:* nu se răspândeşte într-un interval scurt la populația receptivă.
- *Imunitatea determinată de infecție nu este absolută*; omul se poate reîmbolnăvi
- Mijloacele de combatere a infecțiozității spațiilor locuite de bolnavii contagioşi sunt *expunerea la radiații ultraviolete* şi *ventilația amplă şi frecventă.*

Imunitatea bolii:

- Tuberculoza este cauzată de un agent patogen, parazit intracelular, față de care *organismul reacționează prin răspuns imun de tip celular, mediat de limfocite T (Th1)*. Există simultan şi un răspuns imun de tip umoral, cu formare de anticorpi *(Th2),* dar rolul ei este considerat în prezent ca fiind nesemnificativ.
- Răspunsul imun are două componente (vor fi descrise la "vaccinul BCG"):
  a.) Rezistența imună şi
  b.) Hipersensibilitatea.

***Tablou clinic*:** nu va fi expus aici, fiind unul foarte vast. Important de reținut este faptul că la ora actuală există un tratament eficace pentru tuberculoză (cu antibiotice), cu evoluție favorabilă, *cu condiția ca boala să fie depistată la timp.*

Transmiterea tuberculozei pulmonare se face de obicei *pe cale aeriană*, prin picături infectante inhalate (picăturile lui Pflűgge); rareori poarta de intrare este cea digestivă (era mai frecventă în trecut).

Forme clinice:

a) *Tuberculoza pulmonară*: reprezintă 90% din totalul îmbolnăvirilor de TBC, iar plămânul este primul organ afectat. Se cunosc două forme:
   - *Primară*: caracteristică copiilor (primoinfecția ocultă, manifestă, cu complicații benigne sau severe);
   - *Secundară*: caracteristică tinerilor şi omului adult.

b) *Tuberculoza extrapulmonară:*
   - Tuberculoza sistemului nervos cerebral (SNC);
   - TBC ganglionară (periferică);
   - TBC uro-genitală;
   - TBC osteo-articulară;

- TBC a aparatului digestiv;
- TBC cutanată.

Tuberculoza este o boală puțin infectantă: *"Probabilitatea ca o particulă infectantă să ajungă într-un loc şi într-u context în care să fie posibilă multiplicarea eficace a bacilului transportat de către ea este mai redusă decât probabilitatea de a ventila aer conținând cel puțin o astfel de particulă"*[286].

Sursa infecției sunt bolnavii cu TBC pulmonar: t*usea "seacă"*, chinuitoare şi în accese, prin care se încearcă eliminarea unei serceții reduse şi vâscoase, *produce mai mult particule infectante, fine, de aerosoli, decât tusea însoțită de expectorație.*

Evoluția bolii

- indiferent de poarta de intrare a microbului (aeriană sau digestivă), **la aproape 50% dintre oameni, tuberculoza rămâne într-un stadiu primar**, de afectare a ganglionilor limfatici (adenopatii);
- *evoluția bolii depinde de mai mulți factori*: virulența microbului / rezistența (imunitatea) organismului / anumiți factori sociali: condiții de trai (o subnutriție sau/şi aerul poluat favorizează o evoluție nefavorabilă);
- *o dată cu îmbunătățirea condițiilor de trai* în țările occidentale, boala devine tot mai rară, la fel şi decesele.

2. Tuberculina şi vaccinul BCG

a) Tuberculina – primul "vaccin" antituberculos

Medicul german Robert Koch (1843- 1910), după ce descoperă bacilul tuberculos, reuşeşte să sintetizeze *tuberculina, primul "vaccin" antituberculos*. Tuberculina lui Koch nu conține altceva decât compuşi de degradare şi substanțe toxice ale bacilului tuberculos[287]. Koch observase apariția unei reacții alergice, de hipersensibilitate întârziată, la cobaii infestați în mod repetat cu bacilul tuberculos. *"El a folosit tuberculina în ideea că, va provoca o reacție alergică asemănătoare la om (cu necroză şi cazeificare solidă) şi cu o evoluție favorabilă în cazul unei noi infestări cu bacilul tuberculos*"[288]. *Raționamentul, conform căruia, hipersensibilitatea întârziată trebuia să consti-*

[286] *Ibidem.*

[287] G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*. Emu-verlag, 4.Auflage 2008, 78.

[288] Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinations: erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences*, ATRA-AG STG, janvier 1996, 173.

*tuie un element sigur de protecție împotriva bacililor tuberculoşi s-a dovedit a fi greşit***,** mulți dintre cei "vaccinați" îmbolnăvindu-se de forme grave de TBC, motiv pentru care s-a sistat noua formă de imunizare. Sunt specificate în Literatura de specialitate cele două forme de tuberculină sintetizate de Koch: *"old-tuberculin"* (1891), aminitită mai sus, care conține, pe lângă multe componente antigenice specific bacilare şi antigene străine, responsabile de reacții nespecifice, şi "*new-tuberculin"* (1901), obținută prin suspendarea într-un amestec de apă-glicerină a majoratului fin de corpi bacilari, uscați în vid[289]. Nu este specificat de ce s-a sistat folosirea lor, dar este cunoscut şi în ziua de azi *"fenomenul Koch"*, care nu este altceva decât experimentul pe cobai descris mai sus.

Tuberculina a fost apoi folosită (la fel ca în ziua de azi) la decelarea infecției tuberculoase. Literatura de specialitate defineşte tuberculina ca fiind *"un amestec complex şi relativ bine standardizat de antigene micobacteriene (solubile şi insolubile), larg disponibil, utilizat curent pentru decelarea infecției tuberculoase, individual (diagnostic) sau populațional (stabilirea incidenței şi prevalenței infecției)"*.

După Koch, au fost sintetizate noi forme de tuberculină[290]:

- *Tuberculina PPD-S,* derivatul proteic purificat SEIBERT, care a fost preparat de autorul cu acelaşi nume în 1941;
- *Tuberculina PPD-RT 23,* este o altă tuberculină purificată în 1958 şi se utilizează curent 2 UI/doză, echivalentul a 5 UI PPD-S;
- *Sensitine,* un preparat de tip antigenic obținut din culturi de micobacterii "atipice" (oportuniste sau saprofite). Sunt utilizate *în cercetări epidemiologice*.

Testul la tuberculină: este metoda cea mai des folosită la ora actuală, pentru a stabili existența şi amploarea reacției de hipersensibilitate la antigenele tuerculinice, a unei persoane, deci în scop de diagnostic. *În România, se foloseşte tehnica injectării intradermice (Mantoux), a soluției PPD IC-65.* Rezultatul se citeşte după 72 de ore, măsurând diametrul pe direcție transversală față de axul antebrațului, al zonei inflamate. Se consideră ca fiind pozitive, reacțiile cu diametrul mai mare sau egal cu 10 mm. Clasificarea indivizilor, în pozitivi şi negativi, la testul tuberculinic, ajută la stabilirea extinderii infecției în populație (prevalența infecției). *Cu toate acestea, rezultatele sunt inexacte, fiind perturbate de mai mulți factori, printre care şi de vaccinarea BCG, a cărei "preț" a fost creşterea rezistenței față de o infecție naturală*

[289] L. Gherasim, *op. cit.*, 1998, vol. 1, 279.
[290] *Ibidem*, 279.

virulentă în populație şi instalarea unei sensibilități tuberculinice. Pe plan individual, testul poate fi negativ în urma unor vaccinări recente sau a unor boli (infecții virale, bacteriene, micotice severe, boli cronice etc.), a unor tratamente medicamentoase cu corticosteroizi, la malnutriți etc. *În concluzie, un test tuberculinic negativ poate fi întâlnit şi la bolnavi cu tuberculoză. El nu infirmă tuberculoza primară, mai ales la vârsta mică, la copii cu deficit ponderal etc. Un test pozitiv, care înainte fusese negativ, se mai numeşte "viraj tuberculinic" şi poate arăta o primoinfecție naturală, recentă şi virulentă,* ***dar poate fi şi rezultatul unei vaccinări BCG,*** *mai ales într-o populație supusă unei vaccinări generalizate, când se numeşte "salt tuberculinic"*[291].

Datele epidemilogice, dar şi date importante despre boală, diagnostic şi vaccinul BCG, pe care le aflăm din literatura de specialitate, sunt contrazise, de zeci de ani, de numeroşi autori, medici şi oameni de ştiință. Cu toate acestea, manualele şi tratatele medicale care folosesc drept bibliografie pentru studenți şi medici rămân practic aceleaşi.

b) Vaccinul BCG (cu bacteria Calmette-Guerin)

În 1921, *Calmette şi Guerin au sintetizat vaccinul BCG care conține bacterii vii*, de tuberculoză bovină[292]. Rolul acestui vaccin cu bacili vii era să inoculeze o adevărată tuberculoză, dar "atenuată", pentru a evita ulterior o formă gravă de tuberculoză. Protecția pe care vaccinul trebuie s-o asigure se bazează pe reacția de hipersensibilitate întârziată. După vaccinare, are loc aşa-zisa *"dermoreacție la tuberculină"*.

Este adevărat că, în tuberculoză, se creează o stare foarte accentuată de hipersensibilitate, dar aceasta nu reprezintă o protecție față de boală, după cum ne relatează în cursul său de Imunologie, I. G. Cordelier: "***Hipersensibilitatea întârziată*** *nu pare să fie un element de protecție împotriva marii majorități a bacteriilor. În tuberculoză are loc o reacție de hipersensibilitate foarte accentuată care poate fi favorabilă* (când are loc o cazeificare solidă a țesuturilor la contactul cu bacteriile, producând un mediu slab sau deloc oxigenat şi care nu lasă să se înmulțească bacilii tuberculoşi)*, dar,* ***de cele mai multe ori, este nefavorabilă*** (când are loc o cazeificare lichidă, ce accentuează diseminarea bacteriană, inclusiv în țesuturile sănătoase ale organismului)"[293].

---

[291] *Ibidem*.
[292] G. Buchwald, *op. cit.*, 65.
[293] Louis De Brouwer, *op. cit.*, 1996, 174.

Cu toate acestea, spune Dr Louis De Brouwer, *"studenții din Franța, cărora le stau la dispoziție aceste cursuri, nu vor ține cont de ele când, medici fiind, vor fi nevoiți să vaccineze populația, fiind obligați de lege"*[294].

În noiembrie 1928, dr. Calmette, în urma mai multor incidente neplăcute ce au avut loc după vaccinarea cu BCG, a fost obligat să prezinte două statistici:

- Statistica legată de cei 845 de nou-născuți vaccinați şi ținuți sub control, timp de 2 ani la Leagănul de copii din zona minieră Bethune, când el relata despre o rată foarte scăzută a mortalității, de 3,5%, dată de TBC, în timp ce, cu doar 2 ani înainte, procentul era de 8,5% pentru întreaga țară (Franța);
- Statistica legată de cei 3607 nou-născuți din Franța, vaccinați în perioada 1 iulie 1924-1 iulie 1928, când Dr. Calmette a raportat o mortalitate de 12, 5% la copiii vaccinați față de 21% la cei nevaccinați, concluzia lui fiind următoarea: *"Este evident că vaccinarea reduce cu 2/3 mortalitatea prin tuberculoză, iar mortalitatea generală la jumătate. Copiii vaccinați cu BCG rezistă mai bine decât cei nevaccinați la bolile copilăriei"* (A, Calmette, *Le BCG*, Vigot, Paris, 1929)[295].

Aceste statistici au fost aspru criticate de către prof. Lignieres, în cadrul conferinței din data de 18 decembrie 1928, intitulată *"Valoarea protecției în tuberculoză şi insuficiența sa în profilaxia acestei maladii*", în care afirma: *"Ce comparație serioasă se poate face între cazurile de mortalitate provocate de TBC la minerii din Bethune şi cele care au avut loc în urmă cu doi ani în întreaga țară? Ca să nu mai socotim că statistica profesorului Calmette nu ține deloc seama de un factor determinant: la începutul anilor'20 s-au creat condiții de igienă mult mai bune pentru mineri, precum şi o calitate mai bună a îngrijirilor medicale, astfel încât mortalitatea infantilă aproape dispăruse cu mult timp înaintea introducerii vaccinării cu BCG. Rata mortalității infantile scăzuse cu 17% în 1922 şi se limita la 5,1% în 1926, înaintea vaccinării"*[296]. La această Conferință, prof. Lignieres îi citează pe prof. Wallgreen, medic pediatru din Suedia, şi pe prof. Greenwood, expert în Epidemiologie şi în statistici demografice de la Universitatea din Londra, dar şi pe prof. Ascoli, directorul Institutului de Vaccinare BCG, precum şi pe alți specialişti, care declară toți că *"profesorul Calmette folosise atât de*

[294] *Ibidem*,
[295] *Ibidem*, 177.
[296] *Ibidem*.

prost metoda statistică încât nu se putea acorda credibilitate nici datelor şi nici concluziilor sale”[297].

În 1930 (după doar 2 ani), un eveniment tragic avea să confirme afirmațiile profesorului Lignieres: la Spitalul din Lűbeck (Germania), *72 de nou-născuți mor în urma vaccinării cu BCG*. Tulpina pentru vaccin a fost furnizată de către Institutul francez Pasteur, dar ancheta efectuată imediat nu a mai putut constata cauzele dezastrului, deoarece personalul medical distrusese toate flacoanele de BCG, astfel că tribunalul a atribuit decesul acestor nou-născuți unor erori comise de persoane necunoscute… Cu toate acestea, profesorul Calmette a recomandat în continuare folosirea vaccinului BCG în primele 10 zile de după naştere, cu motivația că *“doar în aceste zile bacilul tuberculos bovin este absorbit corect de către intestin*”. Dar, el se contrazicea singur, fiindcă atunci nu ar mai fi fost nevoie de rapeluri (revaccinări cu BCG) la 1 an, 3 ani, 7 ani şi 15 ani, iar apoi tot la 5 ani, până la vârsta adultă.

Acest non-sens al vaccinării cu BCG este aspru criticat şi de către D-na Schnär-Manzoli, autoarea cărții *Inutilitatea vaccinurilor* (ATRA, ianuarie 1995): *“Vaccinările repetate cu BCG, recomandate de către Calmette, au provocat adenopatii cervicale purulente şi uneori soldate cu septicemie şi deces”*. Este vorba de *o tuberculoză generalizată* prin intermediul limfei, putând provoca meningită, osteomielită, otite purulente, leziuni renale grave, cecitate (orbire) etc.[298]. Autoarea cărții arată că ***“efectul cel mai frecvent al BCG este cu certitudine acela de a declanşa tuberculoza, în loc să o prevină”***. În cartea ei, D-na Schnär-Manzoli îl citează pe profesorul Mande, care, la 24 octombrie 1967, denunță deschis neajunsurile vaccinului BCG, la aproape 50 de ani de la descoperirea lui. De asemenea, profesorul Stephani, de la Universitatea de Medicină din Geneva, a reunit 104 de lucrări, scrise de 82 de autori, despre daunele produse de BCG, în care scrie: *“Acest bacil viu invadează sistemul limfatic, unde se instalează conform obiceiului strămoşului său (bacilul tuberculozei bovine). Nimeni nu poate spune astăzi care va fi evoluția sa în următoarele decenii. Cauza tuberculozei limfatice generalizate este încă necunoscută”*[299].

În urma vaccinării BCG, au fost diagnosticate 104 cazuri de otită purulentă, unele din ele fiind complicate cu osteită locală purulentă, cauză frecventă a surdității. Profesorul de Microbiologie Jean Basset accentuează

[297] *Ibidem*, 177-178.

[298] *Ibidem*, 178

[299] *Ibidem*.

şi el, alături de mulți alți oameni de ştiință, complicațiile frecvente şi grave ale vaccinului BCG. Prof. Lignieres concluzionează:[300]

- *Tuberculoza este cel mai des provocată de însuşi vaccinul BCG*;
- *Tuberculoza a fost una dintre primele boli provocate de vaccinarea contra variolei*. După afirmatiile DR. Joquelin de la Spitalul Necker, ultima vaccinare antivariolică din Franța a agravat evoluția cazurilor latente, inactive de TBC. Renunțarea la vaccinul contra variolei a coincis cu regresia tuberculozei din țările respective (Marea Britanie, Elveția, Germania, Franța etc.). Medicul grec, Leon Grigoraki, profesor la Universitatea de Medicină din Atena şi Director al Centrului de Cercetări din Clinica Sotiria, afirmă că *"în Grecia numărul cazurilor de tuberculoza s-a dublat între anii 1950-1962, adică în perioada în care 3 milioane de doze de BCG au fost administrate populației"*. Existența unei faze latente şi inactive este o caracteristică binecunoscută a tuberculozei, motiv pentru care vaccinarea cu BCG la acesti bolnavi nu face altceva decât să provoace o suprainfecție şi implicit o agravare a bolii.
- La scăderea cazurilor de TBC a dus, alături de îmbunătățirea condițiilor de viață (a măsurilor de igienă şi sociale), şi încetarea vaccinării antivariolice;
- *Asistăm în ultimul timp la o creştere a cazurilor de TBC* din cauza deficiențelor sistemului imun al copilului şi apoi al adultului, din cauza vaccinurilor în masă la care nu mai face față, dar şi a tratamentelor abuzive cu antibiotice.

Dr. Hiroshi Nakajima, director general al OMS, afirma în aprilie 1996, în revista *Impact Medecin*, că *"până în 2005, vor fi anunțate 4 milioane de decese anuale şi vor fi infectate cu TBC mai mult de 2 miliarde de persoane, dacă nu se va aplica un program de tratament sub supraveghere strictă (Tsd). Acest «Tsd» constă în a obliga bolnavii să ia medicamentele antituberculoase în prezența unui îngrijitor. Din 1992, acest program a făcut posibilă, la New York, o scădere cu 21% a TBC şi cu 25% a numărului de cazuri de chimio-rezistenți"*. Se pune întrebarea: *"Cum este posibil ca directorul general al OMS să poată prezenta asemenea cifre pentru TBC? Ample campanii de vaccinare cu BCG au fost organizate de mulți ani pentru toate națiunile planetei. Declarațiile acestui medic demonstrează ineficacitatea acestui vaccin presupus că va eradica tuberculoza"*[301].

[300] *Ibidem*, 179.
[301] *Ibidem*, 180.

Dr. Scohy se opune nu doar vaccinului BCG, dar şi principiului vaccinării (ceea ce i-a adus multe necazuri…), motivele fiind expuse în revista *Des clefs pour vivre* (nr 4, august 1994)[302]:

- *Primul pericol* al vaccinului BCG constă în capacitatea sa de provoca ulterior, în mod frecvent cazuri de tuberculoză, majoritatea fiind grave.
- *Un alt pericol* este acela că *"antrenează la sugari, automat, o formă atenuată de* ***tuberculoză cutanată****, care evoluează timp de 6-9 luni, manifestându-se cu o stare de subfebrilitate şi o* ***scădere importantă a imunității organismului****"*. În tot acest timp, sugarul mai suportă şi alte vaccinuri, care pot dezechilibra şi mai mult sistemul lui imun. Este motivul pentru care, la majoritatea dintre copiii vaccinați la naştere sau cât mai devreme după naştere cu BCG, se observă o **predispoziție la diverse infecții acute:** rinofaringite, otite, laringite sau bronşite repetate. Se ştie că tuberculoza, fie că este dată de vaccin sau nu, **deschide calea afecțiunilor reumatice**. Mulți se nasc în zilele noastre cu o predispoziție genetică la afecțiuni reumatice, la care se adaugă şi infecția TBC, agravându-le.
- ***După vaccinarea cu BCG, nu mai este posibilă depistarea precoce a infecțiilor tuberculoase (!), ci doar într-o fază tardivă, mult mai gravă***. La ora actuală există tratamente eficace pentru TBC şi, dacă ar fi depistate de la început, aceste infecții ar putea fi vindecate cu antibiotice, fără alte complicații.
- *Infecțiile tuberculoase depistate la cei vaccinați cu BCG, sunt mult mai grave şi mai contagioase decât la cei nevaccinați,* din cauză că acest vaccin provoacă o reacție de hipersensibilitate întârziată defavorabilă, cu o cazeificare sub formă lichidă, de cele mai multe ori, care diseminează în întregul organism.
- Vaccinarea sistematică din Franța nu a dus la eradicarea acestei boli, ci dimpotrivă, la o creştere a cazurilor de TBC.

În Franța, de mulți ani, profesori de Medicină cer *renunțarea la vaccinul BCG.* Doi dintre aceşti medici sunt: profesorul J. Chrétien, pneumoftiziolog la Spitalul Laennec, Paris, şi profesorul J. P. Derenne, pneumolog la Spitalul Saint-Antoine, Paris, ambii exprimându-şi dorința de mai multe ori în revista medicală *Le Concours Médical*[303].

În Țările de Jos, după cel de-al doilea război mondial, existau numeroase cazuri de tuberculoză, fiind condiții precare de viață. *Cu toate că nu*

[302] *Ibidem*, 175.
[303] *Ibidem*.

s-a practicat deloc vaccinarea în aceste țări, tuberculoza a fost eradicată[304]. Interesant este faptul că aceste țări prezintă cel mai mic procent de îmbolnăviri cu TBC. ***Cazurile de TBC din Europa sunt cele mai numeroase în țările în care se practică vaccinarea BCG obligatorie***. În Buletinul nr.1 din 1974 al Ministerului Sănătății Publice şi Asigurărilor Sociale se observă că acolo unde se practică vaccinarea BCG obligatorie, în țări ca Bulgaria, Cehoslovacia, Polonia şi Portugalia, cazurile de TBC sunt în creştere. De 5 ani, acelaşi lucru se întâmplă şi în Franța[305].

România nu face excepție: deşi se face vaccinarea în masă "obligatorie" cu BCG încă de la naştere, observăm o creştere marcată a cazurilor de TBC (inclusiv la tineri).

În SUA, Dr. Mendelssohn, medic pediatru şi profesor la Universitatea de Medicină din Illinois, cunoscut ca fiind unul dintre primii critici ai Medicinei moderne, afirmă, după cei 30 de ani de experiență, că ***"Părinții copiilor vaccinați au dreptul să ceară dovezile legate de eficiența vaccinurilor.*** *Dovezile trebuie să fie clare, fără niciun dubiu, ceea ce nu corespunde adevărului în cazul testului cutanat la tuberculină. Academia Americană de Pediatrie (AAP), care numai rareori dezaprobă actele medicale, a publicat un articol în care critică testul la tuberculină. Diverse studii recente au lansat o îndoilă în ceea ce priveşte unele teste folosite în prevenirea sau depistarea tuberculozei. [...] Testele la tuberculină nu sunt perfecte iar medicii trebuie să țină seama de posibilitatea unor reacții fals pozitive sau fals negative. [...]* ***Acest lucru însemnă că, copilul poate avea TBC deşi reacția la tuberculină este negativă şi poate să fie sănătos, deşi reacția este pozitivă.*** *Consecințele sunt grave, deoarece copilul poate fi iradiat în repetate rânduri în vederea examinării plămânilor sau poate fi supus unor tratamente destul de periculoase timp îndelungat, de luni sau ani de zile"*[306].

Pe plan mondial. Studiul OMS

- certurile repetate legate de vaccinul BCG au determinat Organzația Mondială a Sănătății să facă un studiu în India, între anii 1968-1971. OMS a ales un număr de 209 de localități, însumând 360.000 de persoane. Toate persoanele au fost testate la tuberculină iar cele cu o reacție negativă (nevacinați) au fost împărțite în două grupe: una a fost vaccinată şi alta nu, ca apoi să fie urmărite timp de 7 ani şi jumătate. Raportul OMS, *Rapport du groupe scientifique ICMR/OMS, numero*

[304] *Ibidem*.
[305] *Ibidem*.
[306] *Ibidem*, 176-177.

651- Geneve, 1980, a fost următorul: *“Vaccinul BCG nu conferă nicio protecție în termenul celor 7 ani şi jumătate de supraveghere, iar tuberculoza a atins mult mai des persoanele care reacționaseră inițial la tuberculină, după vaccinare, decât pe cei care nu prezentaseră nicio reacție”*[307]. Cu alte cuvinte, cei care aveau reacția la tuberculină pozitivă prezentau o reacție de hipersensibilitate întârziată care nu-i proteja de TBC, pe când cei care nu reacționaseră la tuberculină nu prezentau această alergie întârziată şi erau mult mai apărați împotriva tubercuozei.

- Dr. Louis De Brouwer remarcă faptul că *“Republica Federală Germană nu se aşteptase la un astfel de raport şi, din 1971, suspendase practica vaccinării cu BCG”*[308]. Nu acelaşi lucru îl vor face Franța, România şi alte țări._

În Germania (perioada când încă se practica vaccinarea BCG):

- *În perioada 1906-1934,* cazurile de deces datorate tuberculozei au cunoscut o creştere importantă, cu un apogeu în timpul *primului război mondial.* După aceea începe să scadă uşor numărul cazurilor de boală[309]. Nu s-a găsit nicio explicație pentru rărirea cazurilor de boală, ştiind că încă nu se descoperise vaccinul.
- *După introducerea vaccinului BCG* – printr-o campanie de vaccinare în masă desfăşurată între anii *1920-1925* – se observă din nou o uşoară creştere a cazurilor de TBC, după care scăderea lor continuă să fie ca înainte. Acest lucru ne arată că *vaccinul BCG administrat în masă, nu a influențat deloc incidența tuberculozei în rândul populației.* Nu se observă nici în anii următori o modificare în acest sens, dar se constată un lucru evident: costurile acestor vaccinuri. În Germania s-au alocat 280 milioane de mărci germane pentru vaccinarea în masă a populației cu BCG[310].
- Decesele provocate de TBC au scăzut sistematic, fie că s-a vaccinat sau nu, populația: dacă în anul 1750 se înregistrau 10.000 de decese datorate diferitelor boli, dintre care *71 de cazuri din cauza tuberculozei*, în anul 1955 se mai numărau *doar 5 cazuri*. Statistica a fost efectuată de către prof. Weise de la Ministerul Sănătății din Berlin care remarca faptul că, deşi după descoperirea agentului etiologic al tuberculozei (b.Koch), în

[307] *Ibidem*, 175-176.
[308] *Ibidem*, 176.
[309] G. Buchwald, *op. cit*. 65.
[310] *Ibidem*, 64.

anul 1875 s-au introdus diverse tratamente balneare (*sanatoriile TBC*) şi preventive (*vaccinul BCG),* nu a putut fi influenţată epidemia de tuberculoză. Asta înseamnă că *chiar dacă nu se făcea nimic împotriva tuberculozei, astăzi am fi avut aceeasi situaţie epidemică*[311], spune Dr. Buchwald.

- *Înainte de 1970,* vaccinurile s-au efectuat de către Direcţiile de Sănătate, timp în care ei au făcut un *lobby* eficient, folosindu-se de practicieni şi medicii pediatri. *"Dar, după rezultatele dezastruoase datorate vaccinului contra variolei, se încerca acum o evitare a unei vaccinări «obligatorii»"* [312].
- *În perioada 1970-1980* s-a făcut un nou compromis şi s-a efectuat a doua vaccinare în masă, a populaţiei din Germania. Statistica arată în mod evident că, vaccinul BCG, nici de data aceasta, nu a influenţat în niciun fel evoluţia bolii, a incidenţei TBC. Dimpotrivă, graficele efectuate arată o stagnare a curbei, după care devine uşor ondulantă, ceea ce demonstrează un efect negativ al vaccinărilor împotriva tuberculozei[313]. Decesele provocate de TBC în această perioadă nu arată o modificare, comparativ cu situaţia de dinainte şi de după vaccinare[314].
- Deşi în urma studiului OMS din India, *Germania a renunţat, începând cu anul 1971, la obligativitatea vaccinării BCG,* medicii pediatri au continuat vaccinarea copiilor din Germania până în anul 1998. De aici rezultă faptul că, în cazul unor complicaţii postvaccinale, nu statul se face răspunzător de ele, ci medicul care a administrat personal vaccinul BCG[315].
- *Până în anul 1995,* statistica arată – fără vaccinare – o scădere continuă, constantă, a cazurilor de TBC în Germania[316].
- *Din anul 1998, în Germania, vaccinul BCG aparţine trecutului*[317].

Am prezentat acest scurt istoric al evoluţiei tuberculozei din Germania, fiindcă am putea trage o concluzie importantă pentru ţara noastră şi să oprim vaccinarea BCG.

---

[311] *Ibidem*, 66.
[312] *Ibidem*, 66-67.
[313] *Ibidem*, 65.
[314] *Ibidem*, 69.
[315] *Ibidem*, 72.
[316] *Ibidem*.
[317] *Ibidem*, 305.

c) Reacțiile adverse şi complicațiile vaccinului BCG:

- *Abcese locale*: apar la locul inoculării, la aproximativ 6 săptămâni de la vaccinare şi sunt considerate ca fiind o complicație, dacă diametrul leziunii măsoară peste 0,6 cm.
- *Adenopatii*: la 13 săptămâni de la vaccin, se constată o inflamație a ganglionilor regionali, care deseori se infectează, formându-se abcese.
- *Osteite* şi *osteomielite*: inflamația şi infecția oaselor, în special a oaselor lungi, care pot apare între 6 luni şi 4 ani de la vaccinare (în medie 12 luni).
- *TBC*: forme grave, diseminate, uneori complicate cu *menigită tuberculoasă* şi *deces*[318].
- *Otite purulente*, soldate uneori cu *surditate*[319].
- *Infecții frecvente* ale căilor aeriene superioare şi inferioare: *laringite, rinofaringite, otite*, *bronşite*[320].
- *Afecțiuni reumatice*[321].
- *Scăderea imunității*[322].
- *Decesul*[323].

În concluzie, nu este deloc recomandată vaccinarea BCG a sugarilor, motivele fiind concludente. **România este singura țară din UE unde se mai efectuează vaccinarea BCG la naştere!** (vezi Anexa).

IX. Infecțiile cu Haemophilus Influenzae tip b şi vaccinul Hib

1. Infecțiile cu Hib

Haemophilus Influenzae tip b (Hib) este o bacterie care se găseşte şi la oameni sănătoşi, la nivelul nasului şi al gâtului*, şi doar în condiții speciale* (sistem imun scăzut) devine patogenă, provocând infecții, uneori foarte grave (meningite, encefalite etc.). Un procent de 2-5% din populație sunt purtători sănătoşi cu Hib[324]. Tipul "b" se deosebeşte de celelalte tipuri de Ha-

[318] *Ibidem*.
[319] L. De Brouwer, *op. cit*, 176.
[320] *Ibidem*.
[321] *Ibidem*.
[322] *Ibidem*.
[323] *Ibidem*, 177.
[324] M. Hirte, *op. cit*., 187.

emophilus Influenzae (tip c etc.) prin faptul că deține o capsulă care este greu de recunoscut şi de atacat de către sistemul imun al sugarului.

Infecțiile cu Hib sunt: laringite acute, meningite, encefalite, osteomielite, septicemie. Un procent de 90% dintre infecțiile cu Hib se produc la copiii sub 5 ani, iar un procent de 60%, la sugari (copii sub un an), cu un vârf în lunile 6-7 de viață. *Oamenii de ştiință suedezi au observat "un procent foarte redus al acestor infecții la copiii alăptați la sân"*[325]. *"Cu fiecare săptămână în plus de alăptare, scade riscul la aceste infecții şi se menține scăzut şi după oprirea alăptării, până la vârsta şcolară... De asemenea, la copiii dintr-un mediu unde se fumează (fumători pasivi) riscul infecțiilor creşte de 6 ori"* (Nordheim, 1992).

2. Vaccinul Hib

Generalități. Ineficiența vaccinului

Primul vaccin a apărut pe piață în 1985, în SUA, cu denumirea de "PRP" (Haemophilus B Polysaccharid, Polyribosylribitol-Phosphat). Licența a fost obținută în urma *"experimentului din Finlanda"*, din 1977, şi nu în urma studiilor americane. În SUA, s-a făcut doar un studiu clinic, legat de eficiența vaccinului, pe un lot de 16.000 de copii, cu vârsta cuprinsă între 2 luni şi 5 ani. S-a constatat că eficiența lui este de doar 69%[326]. Cu alte cuvinte, la doar 69 din 100 de copii se formează anticorpi, ceea nu echivalează şi cu o imunitate certă.

Din cauza unei reacții imune insuficiente (recunoscută în cele din urmă) şi a multor reacții adverse noi, postvaccinale, apărute ulterior şi care nu erau specificate în prospect, în SUA s-a sintetizat un nou vaccin, în 1987, în urma unui alt *"experiment finlandez"*. De data aceasta, vaccinul a fost *"îmbunătățit"*, fiind vorba de un *"vaccin conjugat"*: PRP-D, licențiat de către FDA. Experimentul finlandez[327] s-a făcut pe un lot de 30.000 de copii, dar dozarea anticorpilor rezultați în urma vaccinării, s-a efectuat la *doar 99 de copii, c*eea ce este cu totul insuficient, raportat la un lot atât de mare. Cu toate acestea, "eficiența" afişată a fost de 83%. Au fost descrise şi multe reacții adverse,

[325] S. A. Silfverdal, "*Protective effect of breastfeeding on invasive Haemophilus influenza infection: a case-control-study in Swedish preschool children"*, *Int J Epidemiol* 1997,26(2):443-450.

[326] V. Scheibner, *op. cit*., 151.

[327] J. Eskola, H. Peltola, A. K Takala et al., *"Efficacy of Haemophilus influenzae type b polysaccharide-diphtheria toxoid conjugate vaccine in infancy."*, *N Engl J Med* 1987 Sep 17; 317 (12):717-722. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3306379

printre care 3 cazuri de infecții Hib severe, la 3 copii care au primit trei doze de vaccin. *Trei studii americane întreprinse în 1988, de către Black, Harrison şi Shapiro, au evidențiat o stimulare scăzută a imunității, în urma vaccinării cu PRP-D.* Black ş.a. au scris despre un procent de 69%, iar la reacții adverse, au descris 35 de cazuri cu infecții Hib, apărute în primele 4 săptămâni de la vaccin. O altă problemă pe care a pus-o vaccinul şi pe care au observat-o mulți alți cercetători, a fost *existența unei "ferestre" de 7-14 zile de la vaccin,* timp în care nu se formează anticorpi, iar lotul de sugari, dar şi cel de animale, folosit pentru studiu, era foarte receptiv la infecții Hib[328],[329],[330]. Au fost analizate de către FDA, 228 de reclamații, fiind vorba de copii de peste 24 de luni care au prezentat infecții severe Hib, deşi au fost vaccinați şi ar fi trebuit să fie imuni la această vârstă. *Majoritatea îmbolnăvirilor s-au observant în primele 2 luni de la vaccin*[331].

Drept scuză pentru primele eşecuri, producătorii de vaccinuri au spus că a fost dificilă crearea vaccinului Hib, deoarece copiii cu vârsta de 0-18 luni nu răspund la vaccinuri ce conțin particule din capsula virală sau bacteriană (Hib este un vaccin inactivat, ce conține particule din capsula bacteriei). Cauza o constituie lipsa proteinelor din vaccin, care în mod normal stimulează sistemul imun ca să formeze anticorpi. De aceea, spun ei, este nevoie de un adaus de proteine străine, animale, fie din toxina tetanică, fie difterică (vaccinul PRP-D, amintit anterior), pe care să se fixeze aceste particule din capsula bacteriană, stimulând astfel răspunsul imun al copilului. Vaccinul rezultat se numeşte *"vaccin conjugat"*. Astfel de vaccinuri se folosesc tot mai des la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 luni şi 2 ani. Doar în acest fel sistemul imun poate fi "păcălit", spun ei, pentru ca un copil de 2-3 luni să răspundă la vaccin, motiv pentru care vaccinul Hib a fost combinat cu alte vaccinuri care conțin proteine animale şi de care se va lega antigenul Hib: *vaccinul antitetanos care conține toxina tetanică / vaccinul antidifteric care conține toxina difterică / bacterii meningococicice* etc.[332]. Cu toate acestea, aşa cum

---

[328] S. K. Sood, J. R. Scheiber, G. R. Siber et al., *"Postvaccination susceptibility to invasive Haemophilus influenzae type b disease in infant rats"*, *J Pediatr*, 1998 Nov; 113(5):814-919 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263486

[329] R. S. Daum, S. K. Sood, M. T. Osterholm et al., *"Decline in serum antibody to the capsule of Haemophilus influenzae type b in the immediate postimmunization period"*, *J Pediatr*. 1989 May; 114(5):742–747

[330] E. E Hiner, und C. E. Frasch, *"Spectrum of Disease Due to Haemophilus Influenza Type B Occurring in Vaccinated Children"*, *J Infect Disorder*, 1988 Aug; 158(2): 343-348.

[331] V. Scheibner, *op. cit*., 152-154.

[332] M. Hirte, *op. cit*.,189.

o dovedesc studiile întreprinse cu noul vaccin, sistemul imun al sugarului nu s-a lăsat "păcălit" nici cu o asemenea metodă. Viera Scheibner afirmă că *"toate studiile efectuate în vederea cunoaşterii eficienței vacinului Hib au evidențiat faptul că el nu oferă imunitate copiilor sub 18 luni"*[333]. După un studiu făcut în Alaska de către Ward şi colaboratorii săi, folosind vaccinul PRP-D la 2.102 copii, *s-a constatat eşecul total al acestuia*: *"Copiii care nu au luat parte la studiu au prezentat mai puține infecții Hib, rata infecțiilor fiind asemănătoare cu cea din grupa «placebo»; au fost mai multe cazuri de meningite aseptice şi de moarte subită la sugar (SIDS) în grupul celor vaccinați decât în grupul de control"*[334]. Cu toate acestea, vaccinul PRP-D, a fost licențiat în SUA şi este folosit la sugarii de 2,4 şi 12 luni[335]! Multe alte studii au fost făcute cu *Pentavaccinul*, care conține alături de Hib, încă 4 vaccinuri: DTP (trivalent) şi antipolio. Rezultatul a fost acelaşi: *"Vaccinul era ineficient şi cu multe reacții adverse"*[336].

Ineficiența vaccinului Hib actual este evidentă, constatându-se o creştere, de la an la an, a cazurilor cu infecții Hib, multe dintre ele fiind severe: în Alaska s-au înmulțit infecțiile cu acest tip de bacterii începând cu anul 1996[337].Acelaşi lucru se observă în Olanda, iar în Marea Britanie s-au triplat infecțiile cu Hib între anii 1996-2000.[338],[339]. Exemplele pot continua (SUA etc.), iar România nu va face excepție. La noi, un sugar este vaccinat de 4 ori împotriva infecției cu Hib: la 2, 4, 6 si 12 luni!

Eşecul vaccinului a fost total. Apariția de noi tulpini patogene

Cu toate că acest vaccin urma să prevină infecțiile grave la copii cu bacteria Haemophilis Influenze tip B (laringite, meningite, encefalite), *"s-a observat în ultimii ani că s-au înmulțit foarte mult infecțiile cu alte tipuri de bacterii, denumite «Haemophilus non-B», pe care vaccinul nu le previne… Doar în provincia canadiană Manitoba, s-au găsit 60 de astfel de*

---

[333] V. Scheibner, *op. cit*., 154.

[334] J. Ward, G. Brenneman, G. W. Letson and W. L. Hayward, *"The Alaska* H. influenzae *Vaccine Study Group. Limited efficacy of a* Haemophilus influenzae *type b conjugate vaccine in Alaska native infants"*, *N Engl J Med.*1990;323:1393–1401.

[335] V. Scheibner, *op. cit*., 154.

[336] *Ibidem*, 156.

[337] K. Galil, R. Singleton, O. S. Levine et al., *"Reemergence of invasive Haemophilus influenza type b disease in a well-vaccinated population in remote Alaska"*, *J. Infect Dis* 1999, 179 (1): 101-106.

[338] G.T. Rijkers, P. Vermeer-de Bondt, L. Spanjaard, M. A. Breukels, E.A.M. Sanders, *"Return of Haemophilus influenza type b infections"*, *Lancet* 2003, 31:1563-4

[339] K. Pushparajah, P. Ramnarayan, A. Maniyar, R. Paget, J. Britto, *"Continued threat of Haemophilus influenza type B disease in the U.K."*, *Lancet* 2003, 361:90

infecții"[340],[341],[342]. În Germania, s-au dublat infecțiile cu tulpini Hib patogene noi între anii 1998-2002[343]. Acest lucru schimbă radical epidemiologia acestor bacterii şi pune sub semnul întrebării rostul vaccinului Hib[344].

Copiii mai mari, adolescenții şi adulții, datorită vaccinării în masă, au mai rar contact cu bacteria Hib, motiv pentru care îşi pierd în timp imunitatea (care nu mai este reactualizată prin formare de anticorpi). De aceea, ei riscă să facă infecții grave. S-au relatat astfel de infecții, la adolescenți de peste 15 ani, în Anglia şi Wales[345].

Prezentare:

a) Actualul vaccin Hib se găseşte în comerț fie *sub formă monovalentă***,** numit ACT-HIB (conjugat cu toxina tetanică, produs de Sanofi Pasteur) şi HIBERIX *(*conjugat cu toxina tetanică, produs de GLAXO SMITHKLINE), *fie combinat* cu mai multe vaccinuri: *Tetravaccin, Pentavaccin* şi *Hexavaccin.* Tetravaccinul folosit este TETRACT-HIB (DTP+Hib, de Sanofi Pasteur). Pentru Pentavaccin, există 3 produse: INFANRIX+HIB (DTP+antipolio+Hib), PENTAXIM (DTP+polio+Hib, de Sanofi Pasteur) sau PENTActHib (DTP+polio+Hib, de Aventis Pasteur). Pentru hexavaccin există HEXAVAC (DTP+polio+Hib+hepatitic B, produs de Aventis Pasteur) şi INFANRIX HEXA (DTPA-HBV-IPV+HIB, produs de GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS SA – BELGIA), folosit de curând şi în România (mai 2012), la sugarii de 2 şi 6 luni.

---

[340] G. S. Ribeiro et al., *"Prevention of Haemophilus influenza type b (Hib) meningitis and emergence of serotype replacement with type a strains after introduction of Hib immunization in Brazil"*, *J. Infect Dis* 2003, 187:109-116.

[341] P. Bajanca, M. Canica and the Multicenter Study Group, *"Emergence of nonencapsulated non-b-type invasive Haemophilus influenza isolates in Portugal (1989-2001)"*, *J Clin Microbiol* 2004, 42:807-810

[342] R. S. Tsang, S. Mubareka, M. K. Sill, J. Wylie et al., *"Invasive Haemophilus influenzae in Manitola, Canada, in the postvaccination era"*, *J Clin Microbiol* 2006, 44 (4): 1530-5.

[343] ESPED (Erhebungseinheit fűr seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland): Jahresbericht 2004. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2004.pdf

344 J. C. Butler, *"Nature abhors a vacuum, but the public health is loving it: the sustained decease in the rate of invasive Haemophilus influenza disease"*, *Clin Infect Dis* 2006, 40:831-833.

[345] J. McVernon, C. L. Trottel, P. E. Slack, M. E. Ramsay, *"Trends in Haemophilus influenza type b infections in adults in England and Wales:surveillance study"*, *BMJ* 2004, 329:655-658.

b) În Germania, vaccinarea Hib, se face începând cu vârsta de 3 luni şi se administrează 4 doze. Vaccinul este adminisrat copiilor sub 5 ani[346].

c) În România vaccinarea începe de la 2 luni şi se administrează tot 4 doze: la 2,4,6 şi 12 luni. Vaccinul Hib a fost introdus în România în 1999, fiind "opţional" până în 2010, de când a devenit un vaccin "obligatoriu", conform noului Program Naţional de Vaccinări din România, după ORDINUL NR.1.318 DIN 19.10.2009[347]. Cu toate acestea, din punct de vedere juridic, el rămâne la fel ca toate vaccinurile: unul opţional.

3. Reacţii adverse şi complicaţiile postvaccinale

Concentraţia mare de *endotoxine* din vaccin face ca acesta să fie mult mai greu suportabil decât vaccinurile antitetanos, antipolio sau antidifteric[348].

CDC (Centru de Control al Bolilor din SUA) dă următoarele date despre reacţiile adverse postvaccinale: la unul din 4 au loc *reacţii locale* cu înroşirea pielii, durere şi inflamaţie; la unul din 100 se produc simptome precum: *febră, vărsături, diaree sau ţipăt prelungit* [349]("ţipătul prelungit" ne duce cu gândul la "ţipătul encefalitic", frecvenţa lui fiind destul de mare).

Reacţiile secundare ale vaccinului monovalent (ACT-Hib) nu au fost studiate în mod sistematic, lucru ce nu se va mai întâmpla nici de acum încolo, deoarece vaccinul monovalent tinde să dispară din comerţ; de aceea nici nu se va mai afla vreodată ce reacţii secundare ar putea provoca componentele vaccinului Hib, care acum nu se mai găseşte decât în combinaţiile cu alte vaccinuri. Când vor apărea reacţii adverse după pentavaccin sau hexavaccin nu vom şti care dintre componente le-a provocat[350].

În anii'90 au fost raportate la Institutul Paul-Ehrlich din Germania o serie de reacţii adverse după vaccinul monovalent ACT-Hib: *reacţii alergice, tulburări de coagulare a sângelui (trombocitopenie), complicaţii neurologice (convulsii, paralizii, meningite, encefalite, sindromul Guillain-Barre) şi decese* ("Impfreaktionen", 1995*).* La cei afectaţi de Sindrom Guillain-Barre s-a

---

[346] M. Hirte, *op. cit*., 189-190.

[347] http://www.ms.gov.ro

[348] M. Ochiai, M. Kataoka, H. Toyoizumi, A. Yamamoto, *"Endotoxin content in Haemophilus influenae type b vaccine"*, *Jpn J Infect Dis* 2004, 57 (2):58 f.

[349] CDC 1999 a:FAQs about Hib. Meningitis Foundation of America, 1997. http://www.musa.org/Hib2.htm

[350] M. Hirte, *op. cit*.192.

constatat un titru foarte mare de anticorpi îndreptați împotriva proteinelor din vaccin[351]… Este vorba de "hiperimunizarea" de care am mai amintit.

Infecții grave cu Hib au fost observate deseori la copiii vaccinați. Dacă un copil primeşte vaccinul Hib într-un moment în care el este infectat cu acest microb (lucru pe care nu-l ştim), nivelul anticorpilor poate să scadă dramatic în zilele sau orele de după vaccinare şi infecția cu Hib poate avea o evoluție foarte gravă. O stare generală alterată, cu febră ridicată după vaccinare trebuie întotdeauna să ne dea de gândit. În SUA o astfel de infecție gravă este recunoscută în mod oficial ca o *complicație postvaccinală*[352,353].

Astm bronşic

- după vaccinarea anti-Hib, riscul de a face un astm bronşic până la vârsta de 6 ani, creşte cu 7%, potrivit unui studiu[354].

Diabet zaharat tip I (insulinodependent)

- vaccinul anti-Hib, conform unor studii epidemiologice, creşte riscul la copii de a face diabet zaharat tip I[355,356,357]. Acest tip de diabet este o boală autoimună prin care sunt distruse celulele pancreatice care secretă insulină. În lipsa insulinei, glicemia creşte necontrolat şi copilul poate intra în comă diabetică. Tratamentul constă în administrarea de insulină zilnic, sub formă injectabilă, pe tot parcursul vieții. Diabetul zaharat tip I este o boală cronică, nevindecabilă.

- *"După vaccinul Hib, administrat copiilor la vârsta de 1 an, se observă în mod frecvent formarea a două tipuri de anticorpi îndreptați împotriva celulelor pancreatice (IA-2A,GADA) secretoare de insulină"*[358]. *"Tot al doilea*

---

[351] P. E. Klass et al., *"Therapy of bacterial sepsis, meningitis and otitis media in infants and children: 1992 poll of directors of programs in pediatric infectious disease"*, *Pediatric infectiol Dis J,* 1992, 11: 7-2-705.

[352] E. Basson et al., "*Haemophilus influenza meningitis foolowing vaccantion. Consequence or coincidence"*, *Arch Pediatr* 1996, 3 (4):342-344,

[353] HRSA (Health Respurces and Services Administration):Vaccine Injury Table March 24, 1997. www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm

[354] F. DeStefano et al., *"Childhood vaccinations and risk of asthma"*, *Pediatr Infect Dis J* 2002, 21 (6):498-504.

[355] T. M. Dokheel, *"An epidemic of childhood diabetes in the United States"*, *Diabetes Care* 1993, 16:1606-1611.

[356] S. Gardner et al., *"Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region:time trend analysis"*, *BMJ* 1997, 315: 713-716.

[357] D. C. Classen, J. B. Classen, *"The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus"*, *Inf Dis Clin Pract* 1997, 6:449-454.

[358] J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., *"Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children"*, *Ann NY Acad Sci* 2003, 1005:404-408

copil care prezintă aceste tipuri de anticorpi se va îmbolnăvi de diabet zaharat în următorii 6 ani"[359].

- În SUA şi multe alte ţări din Europa de Vest, după introducerea vaccinului Hib, a crescut foarte mult incidenţa diabetului zaharat tip I la copii: *în Germania* cu 40% între anii 1993-2001[360], *în Finlanda* cu 60%, iar *în SUA* cu 20.000-27.000 de cazuri în decurs de 10 ani[361]. "Rezultatele arată că studiile din trecut privind vaccinul Hib sunt greşite, fiindcă ele nu arată o legătură dintre acest vaccin şi boli autoimune, precum diabetul zaharat tip I"[362]. Classen afirmă că boala debutează la 24-36 de luni după vaccinare[363],[364] şi riscul este de 1 : 1700, crescând la 1:50, când în familie sau la rudele apropiate mai există un caz de DZ tip I[365]. La cei nevaccinaţi, riscul de a face diabet tip I este de 1: 100.000[366]…

O concluzie importantă la care au ajuns oamenii de ştiinţă (dar se lovesc în continuare de o lipsă totală de reacţie din partea Autorităţilor) este aceea că *"proteinele străine din vaccin, în loc să imunizeze organismul, oferindu-i protecţie împotriva infecţiilor, ele îl sensibilizează şi cresc receptivitatea la infecţii…**Este timpul să se retragă toate vaccinurile Hib,** despre care s-a dovedit că nu previn nicio infecţie…Aşa cum în 1979, vaccinul pertussis «întreg» a fost retras, deoarece nu prevenea tusea convulsivă, dar provoca cazuri grave de boală şi avea o serie de efecte secundare grave, inclusiv encefalite*[367],[368]*, din aceleaşi motive s-a cerut şi retragerea vaccinului pertussis actual, «acelular»…Una dintre caracteristicile vaccinurilor este aceea că ele cresc foarte mult receptivitatea la infecţii grave,*

[359] N. Siegmund-Schultze, *"Diabetes mellitus typ 1: Gezielte Vorhersage"*, *D Ärzteblatt* 2007, 104, (11):a-706.

[360] ESPED, Jahresbericht 2002. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2002_r.htm#hii

[361] M. Hirte, *op. cit*., 193.

[362] Classen, *op. cit*., 1997.

[363] J. B. Classen, D. C. Classen, *"Association between type 1 diabetes and Hib vaccine:causal relation is likely"*, *BMJ* 1999a, 319:1133.

[364] D. C.:Classen, *"Letters:Public should be told that vaccines may heva long term adverse effects"*, *BMJ*. 1999b, 318:193.

[365] Classen, J.B:Risk of vaccine-induced diabetes in children with a family history of type 1 diabetes. The Open Pediatric Medicine Journal 2008, 2:7-10

[366] M. Hirte, *op. cit.,* 194..

[367] J. Storsaeter, P. Olin, B. Renemar u.a., 1988: "Sterblchkeits-und Krankheitshäufigkeit bei invasiven bakteriellen Infektionen während einer klinischen Untersuchung axellulärer Keuchhusten-Impfstoffe in Schweden"..

[368] J. Strom, 1960: *"Ist Allgemeinimpfung gegen Keuchhusten immer gerechtfertigt?"*, *Brit Med J.*; 22.Oktober: 1184-1186.

*invazive…**Obligarea populației de a-şi vaccina în mod sistematic sugarii şi copiii nu trebuie să influențeze alte țări să ia o decizie corectă şi sănătoasă. Este vorba de viața şi sănătatea copiilor noştri!**”*[369], afirmă Viera Scheibner.

Statisticile din întreaga lume, *inclusiv din România*, privind frecvența cazurilor de diabet, tip 1 şi 2, sunt îngrijorătoare:

- "În 1988 erau trei cazuri noi de diabet anual la o sută de mii de copii, iar în 2008 sunt nouă cazuri noi la o suta de mii de copii... Aproape 2.500 de copii sunt dependenți de insulină, 500 au diabet de tip 2 şi obezitate. Aproape 42 la sută dintre diabetici au între 0 şi 5 ani, iar 58 la sută au între 6 şi 18 ani", a declarat prof. dr. Constantin Ionescu-Târgovişte, preşedintele Asociației Medicale Române. Acesta a mai adăugat că "au fost depistați cu diabetul de tip 2 şi copii în vârstă de 5 ani. În România sunt aproape 3.000 de copii diabetici"[370].

- "În prezent, diabetul afectează un număr estimat la 246 milioane de oameni din toată lumea, dintre care aproximativ 48 de milioane în Europa. În viitor ne vom confrunta cu o adevarată epidemie", spune doctorul Radu Lichiardopol, preşedintele Societății Române de Diabet, Nutriție şi Boli Metabolice. *În România, aproximativ 1,25 de milioane de oameni suferă de diabet*, dar doar 481.000 sunt luați în evidență de Casa națională a asigurărilor de sănătate, potrivit datelor CNAS. În plus, 30% dintre persoanele care suferă de diabet nu sunt diagnosticate. "Creşterea glicemiei nu doare şi de aceea foarte mulți pacienți cu diabet sunt diagnosticați târziu, când boala este deja cronică", explică doctorul Lichiardopol[371] (Congresul Național de Diabet, Sibiu, 2010).

Am observat că în România cresc cazurile de diabet zaharat tip 1 şi la studenți, nu doar la copii, dar nu există studii legate de vaccinul Hib şi apariția cazurilor de diabet. Centrele de Diabet şi Clinicile de Pediatrie ar fi în măsură să efectueze asemenea studii, în colaborare cu medicii de familie, medicii şcolari şi medicii pentru studenți. Accentul se pune doar pe obezitate, alimentație incorectă, dar nu se caută şi alte motive, precum vaccinurile Hib, hepatitic B si DTP (componenta pertussis).

---

[369] V. Scheibner, *op. cit*., 162.

[370] *"Numărul de copii bolnavi de diabet s-a triplat în ultimii douăzeci de ani"* http://www.ziare.com/articole/imbolnaviri+diabet+copii

[371] *"Epidemie de diabet în douăzeci de ani"*: http://www.romanialibera.ro/stil-de-viata/sanatate/epidemie-de-diabet-in-20-de-ani-188096.html

X. Hepatita B şi vaccinul hepatitic B

1. Hepatita B

Generalităţi[372]

- Hepatita B este o boală infecţioasă determinată de virusul hepatititc B (HBV);
- a fost identificată pentru prima dată în 1944, ca urmare a unei epidemii de icter, apărute în amata engleză şi cea americană, în urma vaccinării trupelor cu un vaccin antiamaril (împotriva febrei galbene, o boală endemică din Africa) care folosise ser uman, recoltat de la persoane aparent sănătoase. *Serul fusese infectat cu un virus hepatitic_necunoscut.* În 1947, Mac Callum va clasifica virusurile hepatitice în tipul A pentru hepatita epidemică şi tipul B pentru agentul etiologic al hepatitei serice (B), clasificare ce va fi acceptată apoi pe plan mondial[373].
- *Modul de transmitere*: *calea percutană* (injecţii, acupunctură, stomatologie, piercing, tatuaj, droguri administrate intravenos etc.), *prin sânge şi derivate de sânge (transfuzii etc.), de la mamă la făt, în timpul naşterii şi prin intermediul fluidelor (secreţii, salivă, spermă, lichid vaginal).*
- *Sursa de infecţie*: omul bolnav de hepatită B, forma aută şi forma cronică, cu AgHbs pozitiv; purtătorii aparent sănătoşi de Ag Hbs; bolnavi cu alte hepatopatii cronice care sunt şi purtători de Ag Hbs[374].

Tablou clinic[375]***:***

- *Incubaţia* (perioada dintre infecţie şi apariţia primelor simptome) variază între 60-90 de zile, cu limite între 45 şi 160 de zile, perioadă în care pacientul este contagios.
- *Perioada preicterică*: debut insidios, de 2-3 săptămâni, cu astenie, dureri aticulare, tulburări digestive.
- *Perioada icterică:* icterul se instalează lent, durează câteva săptămâni, şi se asociază uneori cu manifestări extrahepatice variate: digestive/ pleurale/ cardiace/vasculare etc.

Infecţia la gravide:

- Riscul de infecţie a fătului variază după vârsta sarcinii: *este foarte mic dacă femeia face hepatită în primele 6 luni de sarcină*; *riscul creşte*

[372] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 260.
[373] *Ibidem*, 370.
[374] *Ibidem*, 375.
[375] *Ibidem*.

când infecția apare în ultimele 3 luni de sarcină; infecția se face mai frecvent în cursul naşterii şi în perioada postnatală[376].

Prognostic:

- Boala se vindecă complet la un procent de 85-90% din cazuri (90-95% după alți autori) iar imunitatea este pe viață.
- La 11-15% din cazuri (5-10% după alți autori) boala se cronicizează.
- *La copil, evoluția este mai favorabilă decât la adult* datorită puterii mari de regenerare a ficatului[377].

2. Riscul real al hepatitei B pentru sugari şi pentru adulți

- Auzim destul de des pe medici spunând: "Dacă nu îți vaccinezi copilul, acesta poate muri!". Atunci nu ne mirăm de ce şi hepatita B a devenit peste noapte o boală cu un "potențial letal" pentru bebeluşi, dar şi pentru adulți… S-a mers până acolo încât la toate mamele li s-au făcut analize sanguine pentru depistarea virusului HBV, "letal" (ceea ce nu-i adevărat)[378].

- Literatura de specialitate descrie următoarele *grupe de risc pentru hepatita B: prostituate, bărbați homosexuali, oameni dependenți de droguri pe care şi le administrează intravenos, copii şi adulți din cămine, cadrele medicale, pacienții dializați, soldații.* La restul oamenilor există un risc minim de a contracta boala[379].

Studiu:

- Dienstag şi Ryan (1982), au analizat 624 de aparținători ai cadrelor medicale care lucrau în laboratoare sero-epidemiologice şi au constatat o creştere a markerilor serologici pentru HBV (Ag HBs+), în funcție de anumite criterii: contact frecvent cu sânge infectat, vârsta mai înaintată, anii de serviciu, antecedente patologice cu alte afecțiuni hepatice; în mod surprinzător, nu a crescut incidența după contactul cu bolnavii de hepatită B! Concluzia la care au ajuns autorii a fost aceea că *aparținătorii celor care lucrează în asemenea laboratoare sunt imunizați față de hepatita B, printr-o infecție uşoară, tranzitorie (cu o pozitivare tranzitorie cu AgHbs), fără a face boala*. Incidența bolii ar trebui să fie foarte mare dacă infecția ar fi atât de contagioasă[380].

[376] *Ibidem*.
[377] *Ibidem*.
[378] V. Scheibner, *op. cit*., 33.
[379] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 372.
[380] V. Scheibner, , *op. cit*., 34.

3. Vaccinul hepatitic B

Generalități. Ineficiența vaccinului

Ceea ce afirmă Viera Scheibner este valabil şi pentru sugarii din România (care sunt vaccinați în primele 24 de ore de la naştere): *"Toate vaccinurile conțin antigene străine, care atacă organismul. La fel se întâmplă şi în cazul vaccinului hepatitic B,* ***când este atacat ficatul nou-născutului****. Vaccinul se administrează în maternitate, în primele 24 de ore (!), iar în următoarele 14 zile (sau mai mult) funcțiile ficatului sunt perturbate"*[381]. Dacă mai adăugăm şi hexavaccinul (DTP+polio+Hib+Heptatitic B), administrat la 2 luni de viață, agresiunea sistemului imun pentru unii sugari este mult prea mare. *"Din fericire există un «coş de gunoi» pentru Sistemul medical, numit «Sindromul morții subite al sugarului», care va rezolva mereu asemenea incidente",* spune Viera Scheibner[382].

La sugarii din România agresiunea este mult mai mare, deoarece, aşa cum am văzut, alături de vaccinul hepatitic B, li se adminsitrează nou-născuților încă din maternitate, în zilele 2-7 de la naştere, şi vaccinul BCG, care antrenează la aceştia o formă atenuată de tuberculoză cutanată, care evoluează timp de 6-9 luni, manifestându-se cu o stare de subfebrilitate şi o scădere importantă a imunității organismului.

Ineficiența vaccinului hepatitic B este pe larg relatată într-un articol publicat în 1992, în revista *Medicul clinician* (54, nr. 2, p. 21), intitulat *"Impfprogramme fűr Hochrisikogruppen haben versagt" (Programele de vaccinare pentru grupele cu risc crescut au dat greş*). În articol se recunoaşte faptul că, *după mai mult de 20 de ani de vaccinare împotriva hepatitei B, nu s-a remarcat nicio reuşită*. În loc să se renunțe la vaccin, se caută în continuare cauzele nereuşitei. *Nu mai este demult acceptată ideea că hepatita B se transmite în mod frecvent prin contact sexual*. Atunci ar trebui să fie foarte frecventă la adolescenți şi tineri…

Chiar şi în aceste condiții, experții OMS au recomandat vaccinarea tuturor copiilor! În Germania, Dr. Johannes F. Hallauer de la Ministerul Sănătății, explică acest lucru, afirmând că s-au înregistrat anual 4500 de boli noi de hepatită B şi 160 de decese datorate bolii. De aceea este recomandată şi vaccinarea acestor grupe de vârstă, considerate ca fiind "grupe de risc". Pe atunci un vaccin costa 150 DM în Germania, deci 450 DM toate cele 3 vaccinuri (fosta RFG)… Vom constata că este o adevărată afacere[383].

---

[381] *Ibidem*, 33.

[382] *Ibidem*.

[383] G. Buchwald, *op. cit.*, 2008, 153-156.

Motivele pentru care în SUA sunt vaccinați sugarii împotriva hepatitei B sunt pur şi simplu absurde**:**[384]

- *Grupurile de oameni cu risc mare nu au acceptat vaccinul sau sunt foarte greu accesibili;*
- *copiii sunt întotdeauna accesibili;*
- *costurile vaccinurilor pentru copii sunt mai mici decât cele pentru adulți;*
- *etc.*

Pentru părinți, asemenea "motive" ar trebuie să ridice un mare semn de întrebare, dar ei nu sunt de obicei informați, ci doar intimidați.

Comitetul pentru Bolile Infecțioase din America a recunoscut faptul că o încercare de a imuniza tinerii de 25 de ani şi mai în vârstă, şi care sunt grupul cel mai expus, ar fi sortită eşecului de la început. Atunci se pune întrebarea: *"Se teme sistemul medical să impună vaccinarea unor oameni adulți care pot vorbi şi pot descrie reacțiile adverse postvaccinale?"*[385]. Acelaşi Comitet recunoaşte că *"nu se ştie pentru cât timp, cele trei doze de vaccin oferă imunitate copiilor…Unul din motive este de fapt **necunoaşterea particularității sistemului imun al sugarilor**. Se spune că la adult este nevoie de o revaccinare după 5-9 ani"*[386].

Din cauza unei "hiperimunizări" a nou-născutului, prin vaccinarea "obligatorie" împotriva hepatitei B, va creşte numărul de cazuri cu "Sindromul morții subite la sugari", după cum se constată deja în SUA şi Australia. România, probabil, nu va face excepție. Probele hepatice ale sugarului nu au timp să revină la normal până la 2-3 luni, când este din nou agresat cu alte vaccinuri (hexavaccin). Alături de reacțiile adverse, imediate ale vaccinurile, vor exista şi cele tardive, datorate hiperimunizării: *diabet zaharat, astm bronşic, leucemie, diverse forme de cancer* etc. Însuşi producătorii de vaccinuri pun la îndoială eficiența vaccinului heptatitic B când afirmă că *"costurile celor trei doze este de aproximativ 100 $, iar peroada de imunizare este în jur de 5 ani, dar nu suntem absolut siguri"*. Un studiu al CDC, pe un lot de peste 500 de persoane vaccinate, a arătat că *"nivelul anticorpilor scade în mod constant după 3 ani, iar riscul unei infecții creşte în aceeaşi proporție… dar o infecție cu HBV va fi una mai uşoară"*[387]*. Este aceeaşi poveste veche,*

[384] V. Scheibner, op. cit, 38 (Citat din revista NVIC, august 1992, Washington D.C.., referitor la expunerea motivelor vaccinării sugarilor împotriva hepatitei B, de către Dr. George Peter, preşedintele AAP (Academia Americană de Pediatrie), la Conferința de Boli Infecțioase a medicilor pediatri, din 12 iunie 1992).

[385] *Ibidem*, 39.

[386] *Ibidem*.

[387] *Ibidem*.

pe care o ştim şi cu alte vaccinuri, cum ar fi vaccinul DTP…. Niciun vaccin nu oferă imunitate pentru toată viața, iar dacă se face boala, ea nu va fi o «formă uşoară», aşa cum arată atâtea dovezi"[388], spune Viera Scheibner. Una din aceste dovezi este faptul că, deşi se face o vaccinare în masă împotriva hepatitei B de atâția ani, incidența bolii a crescut cu 37% în SUA (1993: *Pediatrics*, 91 (4): 699-702).**Tipuri de vaccin hepatitic B, vechi şi noi:**

Vaccinuri preparate cu AgHbs (de suprafață), obținute din plasma purtătorilor de AgHbs. Ele au fost introduse după 1975 şi s-au făcut milioane de vaccinări, cu schema de 4 doze: 0, 1, 2 şi 12 luni, cu vaccinul **HEVAC B (HEVAC-B Pasteur)**[389]. Virusul se cultivă pe *rinichi de câine*. Până în 1983 s-a folosit şi *plasmă umană* de la voluntari (în SUA) sau diferiți factori plasmatici: factorul VIII – concentrat sau combinat cu albumină. Din 1983, Germania a refuzat vaccinul HEVAC B " Pasteur" din Franța, deoarece s-a constatat că factorul VIII, folosit şi la hemofilici, a fost infestat cu virusul HIV/SIDA[390]. Actualmente se foloseşte *antigen recombinat.*

Vaccinul hepatitic ADN recombinat **(Recombivax HB***)*, preparat prin inginerie genetică, s-a introdus în 1986.

La ora actuală sunt folosite următoarele *vaccinuri cu antigen recombinat*, reacțiile adverse amintite fiind cele din prospect:

- **ENGERIX B,** fabricat de GlaxoSmithKline, pentru copii (10 micrograme/0,5 ml) şi adulți (20 micrograme/0,5 ml). *Reacțiile adverse comune*, la locul inoculării: durere tranzitorie, eritem, indurație. *Reacții adverse rare***:** febră, astenie, simptome pseudogripale. SNC: amețeli, cefalee, parestezii. *Aparat digestiv*: grețuri, vărsături, diaree, dureri abdominale. *Ficat şi vezicula biliară*: testele funcționale hepatice modificate. *Sistem musculo-scheletic*: dureri articulare, dureri musculare. *Piele şi anexe*: erupție, prurit, urticarie. *Foarte rare***:** şoc anafilactic, boala serului, sincopă, hipotensiune arterială, paralizie, neuropatie, nevrită optică, scleroză multiplă, sindrom Guillain-Barre, encefalită, encefalopatie, meningită, artrită, angioedem, vasculită[391]. Este un vaccin obținut prin tehnologia ADN recombinat, adsorbit pe *hidroxid de aluminiu*[392]**.**

- **EUVAX-B pediatric şi EUVAX-B adult,** fabricate de LG Life Science, Polonia. *Reacții adverse*: eritem, durere, tumefiere, febră uşoară. *Rare***:** hipertermie (peste 38,5 grade C), reacții sistemice, amețeli, astenie, cefalee, vărsături, mialgii, artrite, erupții cutanate, transaminaze crescute tranzitor.

---

[388] *Ibidem*, 40.
[389] Gh. M Voiculescu, *op. cit*., 407.
[390] M. Hirte, *op. cit*, 157.
[391] *Agenda Medicală* 2012, 862.
[392] http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=1201

*Foarte rare***:** nevrita optică, pareze faciale, sindrom Guillain-Barre[393]. Euvax B Pediatric *"conține antigen de suprafață al virusului hepatitic B (AgHBs) purificat 10 micrograme şi excipienți:* ***hidroxid de aluminiu gel, tiomersal****, fosfat de potasiu monobazic, fosfat de sodiu dibazic, clorură de sodiu, apă pentru preparate injectabile... Este un vaccin obținut prin tehnologie ADN recombinantă din culturi celulare pe levuri de Saccharomyces cerevisiae... Euvax B se injectează numai intramuscular.....Acest vaccin conține tiomersal ca şi conservant şi, de aceea, pot să apară reacții alergice…****La copii*** *(nou născuți, sugari şi copii cu vârsta < 15 ani) doza recomandată este de 0,5 ml şi conține 10 micrograme Ag Hbs (AUTORIZAȚIE DE PUNERE PE PIAȚĂ NR. 7018/2006/01-02-03)"*[394].

- **HBVAXPRO** pentru copil şi adult (de 5 şi 10 micrograme/ml), fabricat de SANOFI PASTEUR. Vaccinul conține antigen hepatitic B de suprafață, adsorbit pe aluminiu (sub formă de *sulfat hidroxifosfat amorf de aluminiu*). *Reacții adverse*: reacții locale: inflamație tranzitorie, eritem, indurație[395].

- **HB-VAXPRO,** fabricat de Merck Sharp Dohme (Elveția), conține suspensie de antigen hepatită B.

- **HEPAVAX GENE** şi **HEPAVAX GENE TF** (Berna Biotech SRL, Italia): conțin antigen recombinant de suprafață a virusului hepatitic B[396].

- **FENDRIX**, fabricat de GlaxoSmithKline[397].

Combinații cu alte vaccinuri:

- **TRITANRIX HEP B**, fabricat de GlaxoSmithKline(Belgia), este un tetravaccin care conține DTP+HEP B.

- Celelalte combinații (**pentavacin, hexavaccin**), au fost prezentate la vaccinul Hib.

Din toate tipurile noi de vaccinuri se administrează câte 3 doze, după schema: 0-2-6 luni.

4. Reacții adverse şi complicații postvaccinale

Vaccinul hepatitic B (recombinat, obținut din plasmă etc.), s-a dovedit a fi unul dintre cele mai periculoase vaccinuri administrate sugarului! Este motivul pentru care în unele țări s-a renunțat la el, fiind dat doar la cererea părinților. În România, este primul vaccin cu care "face cunostință" sugarul

---

393 *Agenda Medicală* 2012, 862.

394 http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13367001/EUVAX-B-PEDIATRIC-vaccin-hepatic-B-recombinat.aspx

395 *Ibidem*, 864.

396 *Memo Med 2009*, Ed. 15, Editura Minesan, 619.

397 *Ibidem*.

când se naşte, fiindu-i administrat deja în maternitate, în prima lui zi de viață. Dacă vaccinul ENGERIX-B *conține aluminiu*, EUVAX – B pediatric conține, *alături de* ***aluminiu, şi mercur*** *(Tiomersal). Metalele grele din aceste vaccinuri sunt (vezi cap. 3) motivul principal al complicațiilor neurologice grave şi al bolilor autoimune postvaccinale la copil.* Sugarii noştri sunt intoxicați deja, din prima zi de naştere, cu metale grele.

Studii:

a) Conform studiilor, riscul postvaccinal pentru boli grave, inclusiv mortale, dat de vaccinul hepatitic B, este de 3 ori mai mare decât riscul de a face boala care trebuie prevenită[398].

b) Un studiu realizat de Shaw şi colaboratorii săi[399] arată că "noul vaccin hepatitic B, obținut din plasmă, provoacă o serie de complicații grave… După vaccinarea a 850.000 de persoane, au fost relatate, într-un timp scurt, un număr de 41 de reacții adverse:

- 5 cazuri cu crize convulsive,
- 10 pareze faciale,
- 9 cazuri cu Sindrom Guillain-Barre,
- 5 cazuri cu reticulopatie,
- 3 cazuri cu neuropatie a plexului brachial,
- 5 cazuri cu neuropatie oculară
- 4 cazuri de mielită transversă.

Jumătate din cazuri au apărut după prima doză de vaccin"[400].

Autorii sunt convinşi că nu au fost relatate toate reacțiile adverse, postvaccinale.

Reacții adverse severe s-au observat şi după vaccinul hepatitic B recombinat. ADRAC (*Adverse Drug Reactions Bulletin*), din Australia, a primit în august 1990, 203 reclamații legate de reacții adverse, postvaccinale, de la reacții uşoare şi medii (*febră, erupție, grețuri, dureri abdominale, dureri articulare, dureri musculare etc.*) până la complicații grave: *2 cazuri de nevrită optică şi un caz cu Sindrom Guillain-Barre*. În acest Buletin, ADRAC

[398] ‚J. Orient: Statement of the Association of American Physicians Surgeons to the Subcommittee on Criminal Justice , Drug Policy, and Human Resources of the Committee on Government Reform U.S. House of Representatives : Hepatitis B Vaccine. 14.6.1999. http://www.aapsonline.org/testimony/hepbcom.htm

[399] F. E. Shaw, D. J. Graham, H. A. Guess, J. B. Milstien, J. M. Johnson, G. C. Schatz, S. C. Hadler, J. N. Kuritsky, E. E. Hiner, D. J Bregman et al., *"Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination. Experience of the first three years"*, *Am J Epidemiol*. 1988 Feb;127(2):337–352. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2962488

[400] V. Scheibner, *op. cit*., 36.

se arată îngrijorat de apariția reacțiilor negative neurologice, postvaccinale, afirmând că *“şi-ar dori să primească de la fiecare cititor orice informație, prin intermediul unei «cărți poştale», legată de reacția de demielinizare postvaccinală”*[401].

Exemple:

a) **Reacții acute** în primele 4-5 zile după vaccin: în 10-15% din cazuri, se dezvoltă reacții locale (durere, roşeață, inflamație), febră, dureri de cap şi dureri articulare, oboseală[402].

b) **Miofascita macrofagică**: poate fi provocată de o reacție locală mai puternică, caracterizată prin dureri intense, musculare şi articulare, oboseală accentuată. *Miofascita poate dezvolta la rândul ei, după câteva luni, scleroză multiplă*[403].

c) **Boli neurologice:**

- Sindromul Guillain-Barre [404],[405],[406],[407];
- mielite transverse [408],[409],[410],[411];
- scleroza multiplă[412];

---

[401] *Ibidem*.

[402] K. R. Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington , D.C., 1994..

[403] R. K. Gherardi, *“Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome”*, *Rev Neurol* (Paris) 159: 162-164, 2003.

[404] F. E. Shaw et al., *“Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination”*, *Am J Epidemiology* 1998, 127 (2): 337-352; Herroelen 1991, Stratton 1994, Souayah 2007.

[405] L. Herroelen, J. De Keyser, G. Ebinger, *“Central-nervous system demyielination after immunization with recombinant hepatitis B vaccine”*, *Lancet* 1991, 338:1174.

[406] Stratton, *op. cit.,* 1994.

[407] N. Souayah, A. Nasar, M. Farred, K. Suri et al., *“Guillain-Barre syndrome after vaccination in United States-a report from the CDC/FDA vaccine adverse event reporting system”*, *Vaccine* 22. Mai 2007, Epub

[408] A. Senejoux et al., *“Acute myelitis after immunization against hepatitis B with recombinant vaccine (letter)”*, *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 1996, 20 (4): 401-402.

[409] F. Trevisani et al., *“Transverse myeilitis following hepatitis B vaccination”*, *J Hepatol* 1993, 19:317f.

[410] L. M. Tartaglino et al., *“MR imaging in a case of postvaccination myelitis”*, *Am J Neuroradiol* 1995, 16:581 f.

[411] J. L. Renard , J. S. Guillamo, J. M. Ramirez, H. Taillia, D. Felten, Y Buisson, *“Myelite transverse aigue cervical après vaccination contre le virus de l’hepatite B. Evolution serologique des anticorps anti-HBs”*, *Presse Med* 1999, 28 (24):1290-1292.

[412] F. J. Authier, P. Cherin, A. Creange, B. Bonnotte, *“Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis.”, Brain* 2001 , 124:974-983.

- nevrita optică[413,414,415,416,417,418,419,420].

d) **Boli autoimune**: neuropatii, nevrite, mielite, vasculite, trombocitopenii, boli digestive, scleroza multiplă, artrita reumatoidă[421]. *În SUA s-a vorbit chiar de o epidemie de artrită reumatoidă (ARJ) la copii*[422].

e) **Diabet zaharat insulinodependent (DZ tip. I)**: În perioada 1989-1991, o dată cu introducerea vaccinului hepatititic B, la 6 luni de la naştere, s-a observat o creştere a frecvenței DZ tip I cu 60%[423]! Alt studiu arată că la 2 luni de la vaccinare are loc o dublare a cazurilor de diabet zaharat tip I[424,425].

Statistic, între anii 1995-2000, Institutul Paul-Ehrlich din Germania relatează peste 1000 de reacții secundare apărute după acest vaccin. Au fost reclamate la Institut cazuri grave precum: reacții alergice grave, tulburări în coagularea sângelui, afecțiuni musculare şi articulare (artrite, miozite), afecțiuni ale ochiului (nevrită optică, orbire) şi *16 cazuri de moarte subită a sugarului (SIDS)*[426].

---

[413] R. Riikonen, *"The role of infection and vaccination in the genesis of optic neuritis and Multiple sclerosis in children"*, *Acta neur Scand* 1989, 80:425-431

[414] E. J. Van de Gijn et al., *"Bilateral optic neuritis with branch retinal artery occlusion associated with vaccination"*, *Documenta ophth* 1994, 86:403-408

[415] IOM (Institute of Medicine): *Adverse effects associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*. National Academy Press, Washington, D.C., 1994.

[416] N. Berkman et al., *"Bilateral neuro-papillitis after hepatitis B vaccination"*, *Presse Medicale* 1996, 25 (28): 1301.

[417] S. Albitar et al., *"Bilateral retrobulbar neuritis with hepatitis B vaccination"*, *Nephrol Dial Transplant* 1997, 71:53-56.

[418] B. S. Dunbar, *Rede bei der Second International Public Conference on Vaccination in Arlington*, Virginia, September 2000.http://64.41.99.118/vran/vaccines/hepatitis/dunbar.htm

[419] I. Grotto et al., *"Major adverse reactions to yeast-derived hepatitis B vaccinatine – a review"*, *Vaccine* 1998, 16:329-334.

[420] H. Hamard , P. Hamard, P. Gohier, B. Roussat, D. Doummar, M. T. Iba-Zizen, *"«Idiopathic» acute optic neuropathies in children"*, *Bull Acad Natl Med* 2000, 184 (7):1511-9.

[421] M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, *"A review of hepatitis B vaccination"*, *Expert Opin Drug Saf* 2003, 2,(2):113-122.

[422] J. E. Pope et al., *"An epidemic of rheumatoid arthritis linked to hepatitis B Vaccinations From Birth"*, *Pediatr Infect Dis J* 2004, 23 (7):650-655.

[423] J. B. Classen, *"Diabetes epidemic foolows hepatitis B immunization program"*, *New Zealand Medical Journal* 1996, 109-195.

[424] CDC :Pharmacoepidemiology and Drug Safety 1998, 6 (suppl 2):60.

[425] K. Poutasi, *"Immunization and diabetes"*, *N. Zealand Med J* 1996, 109 :283.

[426] K. Hartmann, B. Keller-Stanislawski, *"Rekombinate Hepatitis-B-Impfstoffe und Verdachtsfälle unerwűnschter Reaktionen"*, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002, 45:355-363.

Aceste cifre nu reprezintă decât vârful “Eisberg-ului” în ceea ce priveşte complicațiile postvaccinale severe.

5. Scandalul infestării vaccinului hepatititc B cu virusul HIV/SIDA

Aflăm că scandalul legat de infestarea vaccinului hepatitic B “a început în Italia”, dintr-un articol publicat de Elisabeth Schellenberg la Roma, în 1993, în revista *Raum & Zeit*: *“Industria Farmaceutică trece printr-un nou scandal. Compania americană Multi Merck Sharp and Dhome din SUA a creat un vaccin, deloc inofensiv, împotriva hepatitei B şi încearcă cu ajutorul OMS-ului să-l răspândească în populație…**Este adevărat faptul că primii 6500 de bărbați homosexuali din San Francisco, la care s-a făcut prima doză de vaccin, nu au supraviețuit testului, dar ei oricum sufereau de SIDA**”.* A fost “scuza” producătorilor, deşi se ştie că în 1978, când s-au făcut aceste teste, încă nu era cunoscută boala SIDA[427]!

În iulie 1983, a fost învinuit Institutul Louis Pasteur din Franța că a importat din SUA sânge infectat cu HIV, pe care apoi l-a folosit la vaccinul HEVAC-B, fără ca CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) să verifice suficient aceste produse de sânge.Vaccinurile de la Institutul Pasteur au ajuns şi în alte țări din Europa, inclusiv în România._

Cu toate acestea, *vaccinul devine obligatoriu în Italia , începând cu anul 1991*, printr-un Ordin Ministerial (nu o lege!) pentru 2 grupe de vârstă: sugari şi copii de 11 ani. În februarie 1992, o revistă italiană contestă obligativitatea vaccinării şi o publică într-un articol intitulat “*Virusuri destinate sănătății*”[428] (trad). Ei fac aici o remarcă sinistră: “dacă toți oamenii ar fi sănătoşi, din ce ar mai trăi companiile farmaceutice, medicii, epidemiologii etc.? Da, nu există nicio lege în Italia care să-i oblige pe părinți să-şi vaccineze copiii minori”[429]. *Italia şi România sunt singurele țări din Europa unde acest vaccin este considerat “obligatoriu”.*Conform legilor noastre, vaccinul poate fi refuzat în maternitate (vezi Anexa).

OMS vaccinează copiii din Africa, Brazilia şi alte țări, cu speranța să fie eradicată boala până în 2010[430]! Ne aflăm în anul 2012 şi constatăm că nu s-a eradicat boala. Dimpotrivă, incidența ei este în creştere**.**

---

[427] G. Buchwald, *op. cit*, 2008, 159.
[428] *Ibidem*, 160.
[429] *Ibidem*, 160-161.
[430] *Ibidem*, 162.

XI. Gripa şi vaccinul gripal

1. Gripa (*Influenza*)

Gripa este o boală infecțioasă acută, foarte contagioasă, determinată de virusul gripal, (serotipuri A, B, C), caracterizată clinic prin manifestări respiratorii şi generale, deseori severe. Apare sporadic, în epidemii sau pandemii. Primele epidemii de gripă s-au descris în secolul al XIV-lea [431].

Virusul gripal, izolat pentru prima dată în 1933 (Smith Andrewes, Laidlaw) a fost identificat ca fiind tipul A. Tipul B a fost izolat în 1940 (Francis, Magill), iar în 1951, tipul C. Pentru a supraviețui, *virusul gripal este foarte bine adaptat, fiind unic prin variabilitatea lui antigenică*, în special a antigenelor de suprafață (H, N). Este motivul pentru care, în mod periodic, se declanşează epidemii, populația nefiind imună[432].

Virusul gripal tip A afectează atât omul, cât şi animalele. Tipurile B şi C afectează doar omul: tipul B determină numai variante antigenice minore, iar tipul C nu prezintă variații antigenice.

Gripa de tip A este cea mai frecventă şi mai gravă formă de boală.

Paricularitățile "adaptării" perfecte a virusului gripal sunt foarte bine punctate de către *Hans Tolzin***,** cu ocazia conferinței cu tema "Gripa porcina şi vaccinul antigripal"("Die Schweinegrippeimpfung") din Stuttgart/Germania: *"Virusul gripal tip A (comun omului şi animalelor) conține un lanț unic, ARN (acid ribonucleic) cu polaritate negativă, compus din 8 fragmente care codifică 10 proteine virale (ce constituie materialul genetic al virusului). Fragmentele de ARN au un înveliş proteic comun. La exterior se află o membrană lipidică iar la suprafața virusului se găsesc antigenele de suprafață: 2 glicoproteine: hemaglutinina (H) şi neuraminidaza (N), care oferă virusului specificitatea de subgrup. Până la ora actuală se cunosc 16 subtipuri antigenice ale hemaglutininei (H1...H16) şi 9 subtipuri ale neuraminidazei (N1.. N9). La om sunt 6 tipuri de H :H1,H2,H3, H5,H7,H9, la porc 3: H1,H2,H3 iar la cal doar 2: H3, H7. La păsări sunt cele mai multe subtipuri de H, în număr de 15 (H1..H15). **Combinațiile posibile dintre aceste subtipuri sunt în număr de 144** (!). Deci avem în total 144 de subtipuri de virusuri gripale tipA […]. Fiecare virus este în sine un «individ», diferit de alt virus. La fiecare om se manifestă altfel. **Au loc mereu mutații ale virusului**. De exemplu, dacă la mine se întâlneşte un virus gripal tip AH1N1 (agentul etiologic al*

[431] Gh. M Voiculescu, *op. cit*., 161.
[432] *Ibidem*, 161-162.

«gripei porcine») cu tipul AH5N1 (agentul etiologic al «gripei aviare»), ei se combină şi schimbă între ei fragmente din genom, rezultând şi mutații. Să zicem că eu încep acum să tuşesc, mi se face un test de sânge şi sunt găsit cu un nou virus, deci sunt acum contagios. Mi se ia o probă care este notată cu numele meu şi oraşul unde locuiesc etc. (ex.: virus AH1N1 Tolzin /Stuttgart...), se cultivă virusul şi astfel se obține un nou tip de virus! Pentru acest nou tip poate va fi nevoie de un nou vaccin. Virusul nou se poate răspândi fără a provoca neapărat o infecție. Acest lucru se poate întâmpla mereu, şi se pare că asta s-a şi întâmplat în Mexic (de unde a pornit aşa-zisa «Pandemie de gripă porcină»), *unde s-au combinat 4 tipuri de virus la un om. Dar mutații virale au loc mereu, se realizaeză mereu alte combinații. Poate exista oare un test de laborator pentru miliarde de astfel de combinații virale? Medicina, însă, este în sine foarte comodă şi preferă să dea vina doar pe un virus decât să propună o schimbare a stilului de viață. Dacă doar virusul este de vină şi nu stressul meu la servici sau hrana mea insuficientă sau săracă în principii nutritive, lipsa de mişcare, etc, asta este foarte convenabil pentru mine dacă nu trebuie să îmi schimb stilul meu de viață, dar este convenabil şi pentru şefii mei, dar mai ales pentru medicii care urmăresc doar combaterea bolii"*[433] (despre gripa "porcină" şi "aviară", vezi articolul:"*Epidemii şi Pandemii false*", la adresa: www.pentruviatacluj.ro). După cum ne explică Tolzin, *gripele virale cu tipul A nu vor putea fi oprite cu vaccinuri, fiindcă asta ar însemna să sintetizăm anual zeci sau sute de vaccinuri*, ceea ce este imposibil. Noi nu putem cunoaşte toate mutațiile care se produc cu fiecare subtip de virus… Cu toate că medicii recomandă la început de fiecare iarnă, vaccinul gripal, pentru prevenirea gripei "sezoniere", tulpinile virale pentru vaccinul folosit, sunt cele din anul precedent.. Referitor la "eficiența" vaccinurilor antigripale în caz de epidemie, găsim scris în literatura de specialitate: *"Trebuie subliniat faptul că nu s-a descoperit până acum soluția ideală. Dificultăți mari persistă din cauza variabilității antigenice a virusului gripal….Vaccinurile gripale pentru a fi eficace, trebuie preparate cu tulpinile de virus implicate în epidemia respectivă, ceea ce necesită timp…**Din această cauză, până acum nu s-a reuşit încă oprirea unei epidemii de gripă prin vaccinare**"*[434]**.** Atunci, cu atât mai puțin o pandemie…

[433] Hans Tolzin, auf Einladung des Stuttgarter Stammtisches, referierte am 1.10.09, zum Thema "Impfentscheidung".Die Schweinegrippeimpfung. http://www.youtube.com/watch?v=fz2kbIV6y9Q

[434] Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 176.

Tabloul clinic[435]

- *Incubația:* 1-3 zile;
- *Debut:* brusc, cu febră ridicată (39-40 grade), frisoane, mialgii, cefalee, astenie marcată;
- *Perioada de stare:* durează 3-5-7 zile şi domină semnele şi simptomele generale toxice, menționate anterior, la care se adaugă manifestări respiratorii (catar, bronşite etc.), cardiovasculare (tendință la bradicardie şi hipotensiune), tulburări digestive (inapetentă, greață, uneori vărsături, limbă uscată etc.);
- *Evoluție:* favorabilă în gripa simplă, cu scăderea febrei în 3-5 zile şi dispariția simptomelor în perioada de stare; în formele severe, toxice, poate provoca decesul, mai ales la vârstnici şi alte grupe cu risc (imunitatea scăzută etc.);
- *Convalescență:* persistă câteva zile o stare de astenie, tuse seacă, iar bolnavul este receptiv la suprainfecții bacteriene.

Complicații: pneumonie, miocardită acută virală, meningită, encefalită, nevralgii, otite, etc.

Diagnosticul pozitiv: *Nu există date clinice specifice gripei (patognomonice). Este şi motivul pentru care diagnosticul clinic al gripei sporadice este dificil, chiar imposibil.* Ea este diagnosticată în functie de simptome (diagnostic de probabilitate): “viroză respiratorie”, “gastroenterite virale”, “ IA-CRS”, ”otite” etc. *Un diagnostic cert se pune doar pe analizele de laborator (virusologice şi serologice) şi care nu se fac de rutină.*

Tratament: Nu există un tratament etiologic al gripei. Gripa simplă se tratează la domiciliu, cu medicamente simptomatice, în condiții de izolare şi repaus şi nu se folosesc antibiotice! Ele vor fi administrate doar în gripa complicată, care necesită internare.

2. Vaccinul gripal

a) Generalități. Ineficiența vaccinului gripal

Primul vaccin gripal a fost sintetizat în 1940, folosind un virus gripal cultivat pe ou embrionat de pui.

Vaccinurile actuale, conțin virus gripal, inactivat prin formol, dar conțin adjuvanți toxici (aluminiu sau mercur) şi substanțe alergizante (antibiotice, proteine străine etc.).

[435] *Ibidem*, 169-175.

Tamiflu (un medicament antigripal) a fost un experiment nereuşit. După administrarea de Tamiflu, în rândul adolescenților din Japonia a crescut mult numărul de sinucideri. Se ştie că acest medicament scurtează doar cu o zi boala (!)[436], dar poate curma o viață. Dacă în pandemia de gripă porcină a dat greş Tamiflu, s-a încercat cu *vaccinul antigripal*. Dar *"în cazul unei pandemii adevărate, nu o să avem nicio şansă*", ne spune Johannes van der Wouden, expert în Epidemiologia gripei de la Universitatea Erasmus (Rotterdam). El se referă la faptul că la ora actuală se foloseşte acelaşi mod de preparare a vaccinului antigripal ca şi în trecut: virusul gripal este cultivat pe embrioni vii, de găină. Se ştie că un virus cu adevărat agresiv ar distruge imediat aceste organisme vii şi foarte mici. *"Dacă virusul ar fi chiar atât de agresiv şi le-ar omorî, e posibil ca oamenii angajați, să nu mai ajungă la servici a doua zi"*, afirmă Van der Wouden[437].

Van der Wouden critică şi modul în care OMS (Organizația Mondială a Sănătății) controlează şi supraveghează evoluția şi prevenirea gripei, folosindu-se de 112 regulamente în 83 de țări! De îndată ce apar primele cazuri de gripă sezonieră, experții "se pun imediat pe treabă" pentru a afla cât de periculoasă este, dacă sunt aceleaşi tipuri de virusuri ca în anul precedent sau sunt altele. Din probele luate se va face un nou vaccin antigripal. Afirmația lui Van der Wouden seamănă izbitor cu cea a lui Tolzin…

OMS recomandă vaccinul gripal la următoarele grupe de oameni, fiind considerate "*persoane cu risc":*

- persoanele în vârstă de peste 65 ani;
- persoanele (copii, tineri, adulți vârstnici) cu afecțiuni medicale cronice (pulmonare şi cardiovasculare),
- persoanele (copii, tineri, adulți, vârstnici) cu boli metabolice cronice (diabet zaharat, disfuncții renale, hemoglobinopatii, imunosupresii);
- personalul medical;
- lucrătorii din serviciile comunitare esențiale: vameşi, pompieri, polițişti, militari etc., precum şi elevi, studenți şi alte persoane ce locuiesc în dormitoare comune;
- familiile celor afectați;
- gravidele din trim. II şi III de sarcină.

---

[436] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*. Emuverlag, 6.Auflage 2010, 229-236.

[437] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund is tab und zu krank zu sein.* Bastei 1.Auflage, Februar 2010, 277.

Studiile care există la ora actuală arată cu totul altceva. S-au efectuat o serie de studii pe grupele de vârsta "cu risc" (copii mici şi vârstnici) de către renumitul *grup Cochrane*, care a publicat rezultatele în jurnalul de specialitate *The Lancet.* Tom Jefferson, coordonatorul grupului, rezumă astfel: *"Pentru copiii de sub 2 ani vaccinurile au efect de placebo (efect zero) iar pentru oamenii vârstnici este mai indicat să se spele cât mai des pe mâini şi să aibă un stil de viaţă sănătos decât să meargă la medic ca să se vaccineze"*[438]. Jefferson spune lucrurilor "pe fată": *"Ar fi momentul ca cei care fac Lobby în cadrul OMS-ului şi a Ministerului Sănătăţii din SUA să fie îndepărtaţi, fiindcă experţii din domeniul gripei (Influenza) recomandă populaţiei produsele lor – aşa cum o fac şi cei care îşi vând aspiratoarele pentru a scăpa de marfă – de parcă am fi cu toţii o gloată de idioţi"* [439]. Jefferson vrea să accentueze, prin această declaraţie dură pe care o face, şi lipsa unor studii de calitate, în special la oamenii trecuţi de 65 de ani, studii pe care le-a folosit la analizele sale. Rezultatele arată două lucruri care se contrazic: *"Pe de o parte la cei vaccinaţi protecţia faţă de gripă este practic zero (!) iar pe de altă parte, vaccinarea ar scade riscul de deces. Dar asta ar însemna că vaccinul de fapt îi apără pe bătrâni de alte boli precum diabet zaharat, AVC, etc,* ***nu însă şi de gripă****, ceea ce este un nonsens!"*[440]. Jefferson mai spune că studiile sunt făcute într-un mod cu totul disproporţionat: *"Cei vaccinaţi sunt în majoritatea cazurilor oameni sănătoşi, iar grupa de control (cei nevaccinaţi) o reprezintă în majoritatea cazurilor, bătrâni bolnavi de gripă care se simt prea slăbiţi şi bolnavi pentru a se deplasa la medic. Deci nu este de mirare că decesele sunt multe la acest grup de oame*O publicaţie din octombrie 2007, a unui grup de oameni de ştiinţă aparţinând *Institutului Naţional de Sanătate din SUA,* arată că *"eficienţa vaccinului antigripal la vârstnici este mult exagerată"* [441]. Ajung şi ei la aceleaşi rezultate ca şi Jefferson. Dacă ar fi să existe o eficienţă a vaccinului antigripal la vârstnici, ea ar trebui dovedită, dar la ora actuală nu există niciun studiu pe care să ne putem baza cu adevărat. Studiile pe care le avem arată că doar un procent de 5% din decese la vârstnici sunt provocate de gripă, dar în acelaşi timp se vorbeşte de o prevenire cu 50% a mortalităţii… deci un nonsens.[442] Statisticile din SUA din ultimii 20 de ani

[438] *Ibidem*, 278.

[439] *Ibidem*.

[440] Tom Jefferson, Carlo Di Pietrantoj, *"Inactivated influenza vaccines in the elderly-are you sure?"*, *Lancet* 2007; 370:1199-1200.

[441] L Simonsen et al., *"Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy"*, *Lancet* Infect Dis 2007; 7:658-666

[442] B. Ehgartner, *op. cit.,* 2004, 279.

arată că *“**vaccinul antigripal nu a influențat deloc mortalitatea la vârstnici. Nu există niciun indiciu în acest sens…** Deşi oamenii bătrâni se lasă mult mai des vaccinați în ziua de azi şi procentul celor vaccinați împotriva gripei a crescut de la 15% în 1980, la 65% în anul 2000, nu s-a observat o scădere a cazurilor de boală. Dimpotrivă, ea a crescut uşor”*[443]. Acest lucru nu este un “fenomen american”, ci apare în toate țările unde se foloseşte vaccinul antigripal. Spre exemplu în Italia, o echipă de experți de la Universitatea din Bari arată că, deşi procentul vârstnicilor vaccinați a crescut de la 5% în anii’70, la 65% în 2001, nu s-a constatat niciun efect pozitiv[444].

După datele oficiale din SUA, vaccinarea este indicată la toți copiii, cu vârsta cuprinsă între 6 şi 23 de luni, fiind o *“grupă cu risc”* în ceea ce priveşte complicațiile şi cazuri grave de boală. *Să fie oare aşa?* Decesele provocate de gripă sunt, din fericire, foarte rare la copii. În Germania statistica arată că, la copii mai mici de 5 ani, a fost un singur deces în 2005 iar în 2004 au fost 2 cazuri. Găsim şi la această grupă de vârstă o totală ineficiență a vaccinului antigripal. Studiul făcut pe copiii mai mici de 2 ani, de către grupul Cochrane, arată ineficiența vaccinului antigripal, acesta având doar un efect placebo[445]. Pentru Oficialitățile din SUA acest lucru nu a constituit un obstacol în recomandarea vaccinului antigripal tuturor sugarilor sănătoşi, în vârstă de 6 luni, şi asta fără a avea publicat un studiu de siguranță pentru această grupă de vârstă**.** Există doar câteva date legate de copiii de peste 3 ani. Din acest motiv, Jefferson şi colab. au scris tuturor celor 30 de grupuri de studii şi au cerut eventualele reacții secundare ale vaccinului la copii. Unii dintre oamenii de ştiință le-au răspuns că într-adevăr există astfel de studii dar firma producătoare de vaccinuri, nu a dorit să facă public niciun astfel de studiu. *“De aici rezultă că există pericolul ca unele reacții secundare rare ale vaccinului să nu fie încă bine studiate*”, critică Jefferson atitudinea producătorilor de vaccinuri[446].

La femeile gravide vaccinate antigripal:

- “nu s-a putut dovedi niciodată o protecție a copilului[447];

---

443 L. Simonsen et al., *“Impact of Influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population”*, *Arch Intern Med* 2005;165 (3): 265-272.

444 C. Rizzo et al., *“Influenza-related mortality in the Italian elderly: no decline associated with increasing vaccination coverage”*, *Vaccine* 2006; 24; 6468-6475.

445 T. Jefferson et al., *“Assessment of the fficacy and effectiveness og influenza vaccine in healthy children:systematic review”*, *Lancet* 2005; 365: 773-780.

446 T. Jefferson et al,. *“Safety of influenza vaccines in children”*, *Lancet* 2005; 366:803-804.

447 E.K. France, R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., *“Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants”*, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160 (12):1277-1283

- “statistic, nu s-a constatat o diferență între gravidele care au făcut gripă în primul trimestru de sarcină şi celelalte gravide”[448];

- la femeia însărcinată, adjuvanții din vaccinul gripal, fie *Tiomersal, Sqalena* sau altele, sunt neurotoxice, atât pentru mamă, cât şi pentru făt, provocând boli neurologice şi boli autoimune; aceşti adjuvanți, *stimulează imunitatea celulară TH1, prin care poate fi respins fătul şi avortat*.

Cât de sigur este vaccinaul antigripal?

- *Siguranța vaccinului antigripal este practic nulă*; nu există studii care să ne afirme siguranța acestui vaccin: pentru copii există un singur studiu oficial, mai vechi, efectuat la 35 de copii, iar la vârstnici există 5 studii date publicității care se întind doar pe o săptămână după vaccinare şi numărul celor vaccinați, luați în studiu, este sub 3000**.** Având în vedere că anual sunt vaccinați milioane de oameni, acest *“gol imens al unor studii de specialitate este pur şi simplu imposibil de acceptat”*[449].

- Efectele secundare ale vaccinului sunt numeroase şi ele se înmulțesc odată cu vârsta şi mai ales cu repetarea lor anuală, astfel încât, sunt afectați mai grav 14% dintre oamenii de peste 65 de ani şi 30% din cei trecuți de 75 de ani; *având în vedere că anual este nevoie de schimbarea tipurilor de virus din vaccin*, apar şi reacții secundare noi, inclusiv cazuri de deces. Spre exemplu în Israel, în 2006, au murit mai mulți oameni vârstnici după vaccinul antigripal din anul respectiv, motiv pentru care s-a sistat vaccinarea. În anul 1976, fiind o epidemie de gripă în SUA, au fost vaccinați 50 de milioane de oameni antigripal şi s-au constatat mii de cazuri de Sindrom Guillain-Barre (pareze şi paralizii nervoase postvaccinale), motiv pentru care s-a oprit vaccinarea[450].

b) Prezentare

FLUARIX, fabricat de GlaxoSmithKline, pentru adulți şi copii de peste trei ani, cu specificarea că *“datele clinice pentru copii de până la 6 luni şi 3 ani sunt limitate”*. Vaccinul conține virus fragmentat, inactivat[451]. Reacțiile adverse amintite sunt cele obişnuite, uşoare, locale.

---

[448] Gh. M. Voiculescu, *op. cit*., 173.

[449] C. Francioni, P. Rosi, A. Fioravanti, F. Megale, N. Pipitone, R. Marcalongo, *“La vaccinazione antiinfluenzale in soggetti affetti da artrite reumatoide:rispota clinica ed anticorpale”*, *Reccenti Prog Med* 1996, 87 (4): 145-149.

[450] Herald Tribune:Israeli Health Ministry halts flu vaccinethree people die.22.Oktober 2006. http://www.iht.com/articles/ap/2006/10/22/africa/ME_GEN_Israel_Flu_Vaccines.php

[451] *Agenda Medicală* 2012, 862-863.

INFLUVAC, fabricat de Solvay Pharmaceuticals, pentru adulți şi copii sub 36 luni. *La copiii între 6-36 luni, datele clinice sunt limitate*[452].

VACCINUL GRIPAL TRIVALENT, purificat şi inactivat, fabricat de Institutul Cantacuzino, ce conține tulpini inactivate de virusuri gripale, pentru copii de 6-35 luni şi copii mai mari. Reacțiile adverse rare sunt: *nevralgii, parestezii, convulsii, trombocitopenie tranzitorie*[453]. Vaccinul conține 2 tulpini de virus gripal tip A (subtipurile H1N1 şi H3N2) şi o tulpină de virus gripal tip B**.** Vaccinul conține drept conservant **Tiomersal** 1/10 000, iar ca şi stabilizator, are aldehida formică**,** max. 0,04 mg/0,5 ml.[454] La "Modul de actiune" se specifică: *"...Protecția conferită de vaccinul gripal poate să nu fie suficientă pentru a preveni îmbolnăvirea dacă tulpinile circulante de virus gripal sunt diferite antigenic de cele existente în formula vaccinului".* Deşi copiii sănătoşi nu sunt considerați o grupă de risc, pot fi şi ei vaccinați, începând cu luna a 7-a de viață, dozele fiind adaptate vârstei, *conform recomanărilor OMS.*

Ce altceva înseamnă această "adaptare" la copii, decât că ei sunt pe post de cobai... Cât despre efectele toxice ale mercurului asupra sistemului nervos ale sugarului, nu se aminteşte nimic.

VAXIGRIP "adult şi pediatric" sunt fabricate de Sanofi Pasteur, pentru adult şi copii de peste 35 luni şi respectiv pentru copii de 6-35 luni. Reacțiile adverse amintite sunt doare cele uşoare care "dispar în general fără tratament, în 1-2 zile"[455]. Găsim această mențiune la toate vaccinurile.

c) Reacțiile adverse şi complicațiile postvaccinale

Simptome locale şi generale postvaccinale:

- dureri locale;
- simptome asemănătoare gripei: dureri musculare şi articulare, oboseală accentuată (astenie), cefalee, febră[456];
- aceste simptome afectează un procent de 14% la copiii cu vârsta cuprinsă între 11 şi 15 ani[457]; *simptomele se înmulțesc o dată cu vârsta şi scad toto-*

---

[452] *Ibidem*, 869.

[453] *Ibidem*, 885-886.

[454] VACCIN GRIPAL TRIVALENT purificat inactivat, http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3010

[455] *Agenda Medicală* 2012, 889.

[456] G. Thurairajan, M. W. Hope-Ross, R. D. Situnayake, P. I.. Murray, *"Polyarthropathy, orbital myositis and posterior scleritis:an unusual adverse reaction to influenza vaccine"*, *Br J Rheumatol* 1997, 36 (1): 120-123.

[457] K. M. Neuzil, K. M Edwards, *"Influenza vaccines in children"*, *Semin Pediatr Infect Dis* 2002, 13 (3): 174-181.

dată imunitatea față de alte infecții respiratorii şi alte boli, consultațiile copiilor la medici de familie înmulțindu-se mult după vaccinul antigripal[458].

Reacții alergice şi tulburări circulatorii:

- vaccinul poate provoca *reacții alergice uşoare până la şoc alergic*, în special la proteinele din oul de găină pe care se cultivă virusul vaccinal; ele apar la cei alerigici la ou, dar pot să şi inducă o astfel de alergie pentru prima dată[459];
- *sindromul "oculorespirator"* este o altă formă de alergie la vaccin, care constă în apariția unei forme de conjunctivită, edem al feței şi tulburări respiratorii.

Astmul bronşic

- deşi nu este dovedit efectul benefic al vaccinului antigripal la bolnavii astmatici, aceştia reprezintă grupul "cu risc" la care este recomandată vaccinarea antigripală, după STIKO şi celelate Instituții Sanitare din lume. Oare aşa să fie? Studiile arată că la *adulți* are loc agravarea astmului la cei vaccinați[460]. *La copii,* după vaccinare a crescut frecvența cazurilor de astm: *"2 studii făcute pe 1300 de copii vaccinați, arată o creştere a frecvenței cazurilor de astm iar la unul din studii chiar o dublare a bolii comparativ cu lotul de copii nevaccinați"*[461],[462];
- *cazurile de astm bronşic alergic apar şi după mai mulți ani de la vaccinare*[463].

*Boli autoimune şi boli neurologice***:**

- s-a observat că după vaccinare apare uneori o reacție autoimună prin formare de anticorpi împotriva propriilor celule[464];

---

[458] D. P. Hobermann, J. L. Paradise, H. E. Rockette, *"Effectiveness of inactivated influenza vaccine in preventing acute otitis media in young children :a randomized controlled trial"*, *JAMA* 2003, 290(12):1608-1616.

[459] N. Yamane-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, *"Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis"*, *Clin Nephrol* 2002, 58 (3): 220-3.

[460] C. J. Cates, T. O. Jefferson, A. I. Bara, B. H. Rowe, *"Vaccines for preventing influenza in people with athma (Cochrane Review)"*, *Cochrane Database Sust Rev* 2000 (4):CD0000364.

[461] M. Hirte, *op. cit*., 362: 91.

[462] C. Christy, C. A. Aligne, P. Auinger, T. Pulcino, M. Weitzman, *"Effectiveness of influenza vaccine for the prevention of asthma exacerbations"*, *Arch Dis Child* 2004, 89 (8):734-5

[463] T. Takahashi, N. Yamaguichi, *"Influenza vaccines"*, *N Engl J Med* 2007, 356 (11): 1172-3.

[464] L. A. Stepanova, A. Linde, A. N. Naikhin, M. A. Bichurina, M. S. Paramonova, *"Specific immune response to vaccination with an inactivated flue vaccine depending on prevaccine status and age of the person vaccinated"*, *Voppr Virusol* 2000, 45 (2):26-29.

- în literatura medicală găsim numeroase cazuri de boli autoimune care afectează vasele sanguine (vasculite) şi rinichii, puse pe seama unor componente din vaccinul antigripal[465],[466]; *adjuvantul MF 59* poate induce un *lupus eritematos* [467], dar şi numeroase complicații nervoase sunt puse pe seama vaccinului antigripal;
- prezența de Thiomersal în vaccin, drept conservant (*Thiomersal conține mercur organic, neurotoxic, în procent de 49, 6%!*), este *o adevărată intoxicație pentru sistemul nervos;* prin *acumularea mercurului în celula nervoasă*, an de an, la cei vaccinați (în special la vârstnici) poate induce *boala Alzheimer*, iar la copii *hiperactivitate*, *autism* etc. Aşa cum am vazut în cap. 3, la baza acestor boli stă o intoxicație cu mercur;
- vaccinul antigripal poate provoca *la oamenii cu o predispoziție genetică* (sau o reacție particulară la vaccin), o reacție autoimună împotrivă țesutului nervos, ceea ce duce la demielinizarea acestuia; în consecință are loc o lezare mai mult sau mai puțin importantă a nervilor sau a neuronilor (celule nervoase) sau a măduvei spinării; o afecțiune gravă o reprezintă *encefalomielita acută demielinizantă*[468](ADEM); această encefalită autoimună demielinizantă stă la baza tuturor bolilor neurologice autoimune provocate de vaccin şi de metalele neurotoxice (mercur) din vaccin, *chiar şi fără să existe o predispoziție genetică sau o reacție particulară la vaccin;*
- s-au descris *infecții ale nervilor*, cu dureri şi tulburări funcționale, în special la nivelul mâinilor sau a feței[469],[470],[471],[472]. Prin afectarea nervului

---

[465] N. Yanau-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, *"Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonepyhritis"*, *Clin Nephrol* 2002, 58(3):220-3; Tavadia 2003.

[466] S. Tavadia, A. Dummond, C. D. Evans, N. J. Wainwright, *"Leucocytoclastic vasculitis and influenza vaccination"*, *Dermatol* 2003, 28 (2):154-6.

[467] M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, *"Induction of lupus autoantibodies by adjuvants"*, *J.Autoimmun* 2003, 21 (1):1-9.

[468] N. Nakamura, K. Nokura, T. Zettsu, H. Koga et al., *"Neurologic complications associated with influenza vaccination :two adult cases"*, *Intern Infect Dis* 2002, 13 (3):174-181.

[469] J. K. F elix, R. H. Schwartz, G. J. Myers, *"Isolated Hypoglossal Nerve Paralysis Following Influenza Vaccination"*, *Amer J Dis Child* 1976, 130 (1):82 f.

[470] W. Ehrengut, H. Allerdist, *"Über neurologische Komplikationen nach der Influenzaschutzimpfung"*, *Műnch med Wschr* 1977, 119: 705-710.

[471] T. W. Furlow, *"Neuropathy after Influenza Vaccination"*, *Lancet* 1977, 1: 253-4.

[472] W. Hennessen, H. Jacob, U. Quast, *"Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung"*, *Der Nervenarzt* 1978; 90-96.

optic, *apar tulburări de vedere* prin paralizia muşchilor oculari, vedere dublă (diplopie) sau strabism[473];

- *Sindromul Guillain–Barre* este o reacţie adversă gravă, de temut, a vaccinului antigripal. Legătura între această afecţiune şi vaccin a fost dovedită şi recunoscută[474],[475]; între anii 1991-1999, când în SUA au fost relatate 382 de cazuri, majoritatea debutând în primele 2 săptămâni de la vaccinare În 2004 au fost anunţate 31 de cazuri, care au debutat în primele 6 săptămâni de la vaccin[476]. *Frecvenţa acestui sindrom este de 4 ori mai mare după vaccinul antigripal decât după DTP[477];*
- au fost relatate şi alte afecţiuni nervoase, precum disfuncţii ale vezicii urinare, tulburări în dinamica sexuală, ameţeli şi tulburări de mers[478],[479],[480],[481].

Câteva concluzii:

- gripa este o boală neplăcută, dar cu o evoluţie favorabilă, spre vindecare în 1-2 săptămâni, în majoritatea cazurilor;
- studiile cunoscute la ora actuală nu arată nicio eficienţă a vaccinului antigripal; folosirea lui în masă demonstrează un interes pur financiar;
- nu s-a dovedit faptul că vaccinul scade frecvenţa bolii, a complicaţiilor acesteia sau a mortalităţii; dimpotrivă, vaccinul are efecte secundare în timp, care nu sunt dezvăluite populaţiei;

---

[473] A. Kawasaki, V. A. Purvin, R. Tanq, *"Bilateral anerior ischemic optic neuropathy following influenza vaccination"*, *J.Neuroophtalmol* 1998, 18:56-9.

[474] J. Bryan, G. R. Noble, *"Guillain-Barre Syndrome after administration of killed vaccines"*, *Genf:Ref:IABS Symposium on Influenza Immunization*, 1.6.-4.6.1977.

[475] D. N. Juurlink, T. A. Stukel, J. Kwong, A. Kopp et al., *"Guillain-Barre Syndrome After Influenza Vaccination in Adults: A Population-Based Study"*, *Arch Intern Med* 2006, 166 (20):2217-2221.

[476] N. Souayah, A. Nasar, M. F. Suri, A. I. Qureshi, *"Guillain-Barre syndrome after vaccination in United Staes. A report from the CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System"*, *Vaccine* 2007, 25 (29): 5253-5 2007.

[477] M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, *"Influenza vaccination and Guillain-Barre syndrome"*, *Clin Immunol* 2003, 107 (2):116-121.

[478] C. E. C. Wells, *"A neurological note on vaccination against influenza"*, *Br Med J* 191, 3 (777):55 f.

[479] W. Ehrengut, H. Allerdist, *"Über neurologische Komplicationen nach der Influenzaschutzimpfung."*, *Műnch med Wschr* 1977, 119: 705-710.

[480] C. M. Poser, *"Neurol complications of swine influenza vaccination"*, *Acta Neurol Scand* 1982, 66 (4): 413-431.

[481] R. Bakshi, J. C. Mazziotta, *"Acute tranvesre myelitis after influenza vaccination :magnetic resonance imaging findings"*, *J Neuroimaging* 1996, 6 (4): 248-250

- copiii şi astmaticii au de suferit în urma vaccinării;
- prezența unor substanțe toxice în vaccinul antigripal precum mercur (din Thiomersal) sau aldehida formică, provoacă în timp boli grave, neurologice, în special la copii şi vârstnici;
- virusurile gripale din vaccin scad imunitatea şi predispun spre alte boli, deseori mai grave,
- există suficiente tratamente naturiste care pot preveni gripa, printr-o imunizare eficientă, iar în caz de boală, ele pot preveni complicațiile şi grăbi vindecarea. La nevoie, există şi suficiente medicamente.

XII. Infecțiile cu menigococi şi vaccinul meningococic

1. Infecțiile cu meningococi

Meningococii sunt bacterii care se găsesc la aproximativ 20% dintre oamenii sănătoşi, la nivelul tractului respirator. De obicei sunt bacterii inofensive şi nu provoacă boli grave. Sunt însă şi tulpini patogene care pot provoca boli grave, precum *meningite* sau *septicemie*. La fel ca şi pneumococii sau bacteriile Hib, meningococii prezintă în exterior o capsulă care este foarte greu de distrus. În afara organismului uman, bacteriile nu supraviețuiesc. De aceea, ele se transmit doar printr-un contact direct şi intim cu omul bolnav, în special prin intermediul sărutului, prin saliva infectată[482].

Sunt cunoscute *12 familii de meningococ*, notate cu litere, cele mai frecvente fiind grupurile A, B şi C. Fiecare grup cuprinde mai multe tipuri de meningococ, care au la rândul lor fiecare propriul lor antigen. Majoritatea infecțiilor din *Africa, sunt date de grupul A*. În Germania predomină cele *din grupul B pentru care nu există vaccin*, iar *grupul C este responsabil de doar 20% din infecții*. În alte țări europene, precum Spania, Cehia sau Grecia, predomină tipurile de meningococ din *grupul C, pentru care există mai multe tipuri de vaccin*[483].

În România: "În anul 2011, au fost raportate 95 de cazuri *suspecte* de boală. Din totalul de 95 cazuri suspecte s-au confirmat 76 (80%).. Boala meningococică a evoluat sub formă de cazuri sporadice... Cele mai multe cazuri (confirmate şi probabile) s-au înregistrat în județul Iaşi (8 cazuri – 10.5%). S-au infirmat 19 cazuri suspecte de boală meningococică.... La 32

[482] Martin Hirte, *Impfen.Pro&Contra*, MensSana 2008, 235-236.
[483] *Ibidem*, 237.

dintre cazurile confirmate (42.1%) s-a determinat serotipul de meningococ: serotip A – 1 caz, **serotip B – 25 cazuri**, serotip C – 5 cazuri şi serotip AYW135 – 1 caz. Distributia cazurilor de boală meningococică pe grupe de vârstă, a evidențiat predominanța cazurilor la grupa de vârstă de 1-4 ani: *28 cazuri (36.8%).* Distribuția cazurilor pe medii de rezidență a evidențiat că majoritatea cazurilor provin din mediul rural – 52 cazuri (72%), în timp ce în mediul urban s-au înregistrat numai 20 de cazuri (28%). Forma de boală a fost: severă în 39.5% din cazuri, medie in 59.2% şi uşoară în 1.3%.... Rata mortalității specifice prin boala meningococică pe teritoriul României în anul 2011 a fost de 0, 0.059%ooo loc. pe teritoriul CRSP Bucureşti, 0,064%ooo loc. pe teritoriul CRSP Iaşi şi 0.086%ooo loc. pe teritoriul CRSP Cluj. *Rata mortalității prin boala meningococică în România a fost de 0.061%ooo loc.*" [484]Aşa cum am văzut, *pentru tipul B, care este cel mai frecvent în România, nu există vaccin!* Pentru tipul C, *"marea majoritate a infecțiilor date de meningococii din gr C, nu sunt influențate de vaccin la copiii mici, motiv pentru care se recomandă o revaccinare la vârsta adolescentă"*[485] Deci, mai importantă este recunoaşterea la timp a bolii şi instituirea unui tratament precoce, decât vaccinarea, care nu oferă nicio protecție față de boală (vezi vaccinul antimeningococic, pct. 2).

Tablou clinic:

Incubația, respectiv perioada de la infecție şi până la apariția primelor simptome, durează în medie 4 zile, maxim 10 zile. La persoanele care vin în contact intim cu bolnavul, cu posibilitatea de a se fi infectat prin intermediul salivei, se face profilaxia cu Rifampicină (antibiotic). Nu este pericol de contaminare la cei care vin în contact cu bolnavul aflat în aceeaşi piscină, sau la toaletă, sau în curtea şcolii (la elevi)[486].

Debutul este relativ brusc, cu :

- febră mare;
- stare generală alterată;
- dureri mari de cap (cefalee intensă);
- rigiditatea cefei (semn de iritare a meningelui);
- erupție tegumentară: pete roşii care, prin presiune nu se decolorează.

Evoluția: este favorabilă la 90-93% din cazuri; la un procent de 7-10% din cazuri, evoluția este nefavorabilă, cu complicații, uneori cu deces. Cei

---

[484] Evolutia bolii meningococice in teritoriul ISP Bucuresti, www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com...task

[485] M. Hirte, *op. cit*, 241.

[486] *Ibidem*, 237-238.

care supraviețuiesc, pot rămâne cu sechele grave de auz, văz şi la nivelul organelor interne[487].

Un tratament corect şi precoce duce la vindecare în majoritatea cazurilor.

Factorii favorizanți ai infecției meningococice sunt[488]:

- infecție virală;
- tratament cu antibiotice;
- fumat;
- consum de alcool;
- anotimpurile reci (iarna şi primăvara)

La acestea se adaugă *vârsta (copii şi vârstnici), deficitele imune*, etc.

2. Vaccinul meningococic

a) Generalități

- Până în anul 1999 au existat *2 tipuri de vaccin, cu meningococi inactivați din grupurile A,C,W 135 şi Y: Mencevac ACWY şi Merieux.* Aceste vaccinuri sunt administrate copiilor mici doar de la 18 luni, fiindcă înainte de această vârstă nu este posibil un răspuns imunologic[489].

- Începând cu anul 2000, s-au sintetizat *noi vaccinuri (conjugate) antimeningococice* care sunt administrate sugarilor *începând de la vârsta de 2 luni*: *Meningitec* (firma Wyeth-Lederle), *Menjugate* (firma Chiron Behring) şi *NeisVac-C* (firma Baxter). Aceste vaccinuri noi nu conțin Thiomersal (mercur) dar conțin *aluminiu, responsabil de multiplele efecte secundare*. Mecanismul de acțiune al vaccinului este asemănător celui anti-Hib: antigenul din vaccin (meningococul) este *conjugat cu toxina difterică*, pentru a induce formarea de anticorpi la un sistem imun încă imatur, precum cel al sugarului. Dacă vaccinarea antimeningococică începe în primul an de viață (la sugar), este nevoie de două-trei doze de vaccin (în funcție de vaccin), iar dacă se începe în al doilea an de viață, este suficientă o singură doză de vaccin[490].

- Începând cu vara anului 2006, în Germania este recomandată de către STIKO vaccinarea copiilor la vârsta de 2 ani. Dacă nu este respectat acest calendar, se recomandă vaccinarea până la vârsta de 18 ani. Vaccinarea sugarilor

---

[487] M. N. Theodoroiu, N. A. Vasilopoulou, E. E. Atsali, A. M Pangalis, *"Meninigitis registry of hospitalized cases in children:epidemiological patterns of acute bacterial meningitis troughout a 32-year period"*, *BMC Infect Dis* 2007, 7: 101.

[488] EB 2003: *Invasive Meningokocken-Erkrankungen im Jahr 2002*. EB 2003, 50:415-418.

[489] M. Hirte, *op. cit.*, 239.

[490] *Ibidem*.

(sub un an) îi protejează doar de un grup restrâns de infecții meningococice. *Grupul C arată, începând cu anul 2002, o tendință de creştere la toate grupele de vârstă*[491]. În România vaccinul este opțional.

b) Ineficiența vaccinului antimeningococic

- În Anglia, unde predomină tipul C, cu toate că unii vorbesc de eficiența "pe termen scurt" al vaccinului, acesta este în continuare controversat (eficientă, prin definiție înseamnă un timp mai lung…). În Germania, unde predomină tipul B, nu s-a observat ninio eficiență a vaccinului[492];

- pe termen mediu şi lung, eficiența vaccinului este îndoielnică, deoarece meningococii prezintă o mare variabilitate antigenică şi schimbă frecvent grupul din care fac parte[493]. Acest lucru s-a observat în Anglia deja din primul an de vaccinare[494]. *"Un alt aspect îl reprezintă imunitatea specifică a copiilor mici la care nivelul anticorpilor scade rapid şi deja după un an de la vaccinare protecția față de infecție devine nesigură"*[495]. *"În cazul unei infecții menigococice, titrul mic al anticorpilor rămaşi, nu va putea opri boala"*[496]. *Marea majoritate a infecțiilor date de meningococii din gr C nu sunt influențate de vaccin la copiii mici, motiv pentru care se recomandă o revaccinare la vârsta adolescentă* (lucru încă discutabil, deoarece va necesita costuri ridicate). În SUA, la ora actuală, vaccinarea copiilor sub 10 ani nu se face decât în cazuri speciale, din următoarele motive: *"Eficiența este mult prea mică şi pentru un timp prea scurt, iar costurile sunt foarte mari"*[497]. Aici vaccinarea se face doar la vârsta de 11-12 ani[498].

---

[491] *Ibidem*, 240.

[492] *Ibidem*.

[493] AT (Arznei-Telegramm):Neue Konjugat-Impfstoffe Prevenar und Meningitec . AT 2001, 4:38.

[494] AT (Arznei-Telegramm), 2001:124.

[495] M. D.,Snape, D. F. Kelly, B. Green, E. R. Moxon et al., "*Lack of serum bactericidal activity in preschool children two years after a single dose of serogroup C meningococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine"*, *Pediatr Infect Dis J* 2005, 24:128-31.

[496] V. I. Spoulou, G. Tzanaki, M. C. Theodoroiu, *"Conjugate vaccineinduced immunological priming is not protective against acute meningococcal C infection . Letter to the Editor"*, *Vaccine* 2007, 25 (41):7012-3.

[497] MMWR, Decision not to recommend routine vaccination of all children aged 2-10 years with quadrivalent meningococcal conjugate vaccine (MCV4). MMWR 2008, 57 (17);462-465.

[498] M. Hirte, *op. cit*., 241.

c) Reacții adverse şi complicații postvaccinale

Vaccinul antimeningococic este unul din vaccinurile cele mai greu tolerabile:

- în Australia, apar efecte secundare tot la al 3-lea vaccin[499];
- francezul Marc Girard, expert în vaccinuri, atrage atenția asupra ratei foarte crescute de *reacții adverse locale* ale vaccinului[500];
- 42% dintre copiii vaccinați au avut reacții locale, iar 2% au fost excluşi din studiu datorită unor reacții locale sau generale foarte severe[501];
- tot al 2-lea sugar (0-1 an) şi tot la 5-lea copil mic (1-3 ani), devine *foarte agitat* după vaccin;
- la unul din 20 de copii vaccinați apare o *cefalee intensă*[502];
- sunt frecvente simptomele: febră, tulburări de somn, scăderea poftei de mâncare, vărsături şi diaree; simptome mai rare: convulsii, colaps, dureri articulare, sângerări tegumentare sau reacții alergice, inclusiv şocul anafilactic; au fost descrise *sindroame alergice grave* (angioedem, Sindromul Stevens-Johnson, purpura Hennoch-Schönlein), *convulsii epileptice* şi *encefalite*[503],[504],[505].
- *în Marea Britanie, după introducerea vaccinului, a izbucnit un scandal legat de complicațiile postvaccinale*, aproape toate ziarele britanice scriind despre efectele secundare foarte frecvente ale vaccinului antimeningococic: ziarul *Daily Express* scria în 12.06.2001 despre alarma provocată de vaccinul antimeningococic la copii *("Children in Meningitis Jabs Aert"),* având în vedere că mii de copii vaccinați suferă de reacții locale severe iar *12 au murit de complicații grave*[506]; cu toate acestea, Ministerul Sănătății din Marea Britanie consideră că vaccinul este "foarte sigur" şi că doar la unul din 100.000 de copii vaccinați poate apărea *o complicație severă*, făcând apel doar la măsuri de precauție privind asocierea cu alt vaccin, aceasta fiind contraindicată

---

[499] G. Lawrence, I. Boyd, P. McIntyre, D. Isaas, *"Surveillance of adverse events following immunization: Australia 2002 to 2003"*, *Commun Dis Intell* 2004, 28 (3): 324-338

[500] M. Girard, "Reliability of drug safety data", *BMJ*.com4.10.2006. http://bmj.bmjjournals.com/cgi/eletters/333/7568/571

[501] L. Diggle, J. J. Deeks, A. J. Pollard, "Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants:randomized controlled trial", *BMJ* 2006, 333:571.

[502] DH (Department oh Health of the United Kingdom):Meningitis C vaccine. 2000. www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/keypharm.htm

[503] M. O. Py, D. Andre, *"Acute disseminated encephalomyelitis and meningococcal A and C vaccine:case report"*, *Arq Neuropsiquitatr* 1997, 55 (3B):632-5

[504] AT 2001, 124

[505] E. M. Lambert, A. Liebling, E. Glusac, R. J. Antaya, *"Henoch-Schönlein purpura following a meningococcal vaccine"*, *Pediatrics* 2-3, 112 (6 Pt 1): e491.

[506] M. Hirte, *op. cit.,* 242.

(ulterior s-a aflat că expertul în vaccinuri al Ministerului Sănătății era în relații foarte bune şi avantajoase cu cel puțin una dintre companiile producătoare de vaccin antimeningococic)[507];

- *sindromul nefrotic (boală renală gravă)* este o altă complicație a vaccinului[508], dar survine rar;

- în SUA au fost descrise numeroase cazuri de *Sindrom Guillain-Barre* după vaccinarea tinerilor cu *Menactra* (un vaccin îndreptat împotriva mai multor tipuri de meningococ)[509].

Caz clinic: cazul fetiței Cynthia, cu *"Menigoencefalită postvaccinală"*, cu sechele grave, este tratat în următorul subcapitol (XIII).

XIII. "Meningoencefalita de vară" şi vaccinul FSME

Denumirea FSME provine din limba germană: *Frűhsommer-Meningoenzephalitis* (trad.: "meningoencefalită de vară").

Nu trebuie confundată infecția virală FSME cu Borelioza (sau Boala Lyme), care este o infecție bacteriană, transmisă tot de căpuşă[510].

1. Boala FSME:

- este *o infecție virală*, determinată de virusul FSME, transmisă la om prin înțepătura de căpuşă*;*

- prin înțepătura căpuşei, virusul trece din saliva acesteia în leziunea tegumentară (nu se simte înțepătura, fiindcă saliva căpuşei conține un anestezic);

- *căpuşele care transmit această infecție virală se găsesc doar în anumite zone geografice, fără a migra vreodată de aici:* Rusia, Țările Baltice, sud-estul Suediei, Ungaria, Slovacia, Cehia, Austria şi unele zone din Elveția; în Germania există un posibil risc în Baden-Wűrttemberg şi Bavaria; La o altitudine mai mare de 1000 m, căpuşa nu supraviețuieşte[511];

[507] M. Bright, T. McVeight, *"Fresh controversy surrounding Britain's Meningitis C vaccination programme"*, *Observer* 3.9.2000

[508] A.S. Abeyagunawardena, D. Goldblatt, N. Andrews, R. S. Trompeter, *"Risk of relapse after meningococcal C conjugate vaccine in nephritic syndrome"*, *Lancet* 2003, 362 (9382):449 f.

[509] MMWR:Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease- United States, 1998-2003. MMWR Weekly, 16. September 2005/54 (36):893-897

[510] M. Hirte, *op. cit*., 336.

[511] *Ibidem*.

- în medie, una din 300-500 dintre căpuşe este purtătoare de virus, dar numai în anumite zone geografice (amintite anterior)[512];

- incubația bolii: 7-14 zile, rar 28 zile;

- majoritatea infecțiilor sunt subclinice, fără simptome, *dar cu prezența anticorpilor pe tot parcursul vieții;*

- la 10-30% dintre cazuri, apari simptomele unei "viroze de vară", cu febră, dureri articulare, cefalee, cu evoluție favorabilă[513];

- "*Oamenii nevaccinați nu trebuie să se teamă de posibile complicații ale FSME, deoarece boala se manifestă ca şi o viroză. Vaccinul este mult mai greu suportabil decât o eventuală complicație a bolii. Complicații neurologice la copii practic nu există*"[514];

- la 5% din cazuri, evoluția este spre o meningoencefalită, cu simptomatologia cunoscută: somnolență până la pierderea cunoştinței, convulsii sau paralizii; la 1-2% din aceste cazuri, este posibil decesul, iar la un procent de 3- 11%, rămân sechele: tulburări de atenție şi concentrare, oboseală şi cefalee cronică; rar pacienții rămân cu paralizii [515],[516]; riscul de a face complicații grave creşte o dată cu vârsta (peste 50 ani)[517];

- *nu există un tratament specific pentru FSME; cu toate acestea, se vindecă deseori şi cazurile grave*[518].

Ex.: la 371 de copii din Slovacia, cu FSME, confirmat serologic, cu vârsta de 0-15 ani, nu s-a relatat niciun caz cu sechele[519]. În Germania a fost relatat un singur caz în care un copil de 12 ani cu FSME a rămas cu sechele[520].

2. Vaccinul FSME

- Conține virusul FSME "omorât", cultivat pe celule primare de pui embrionat şi având ca adjuvant, *hidroxidul de aluminiu*; conține şi *aldehidă formică* şi urme de *antibiotice* (Gentamicină, Neomicină).

---

[512] Friedrich, P. Graf,, *Nicht impfen-was dann?,* sprangsrade verlag, 2.Auflage, 2010, 178.

[513] *Ibidem*.

[514] *Ibidem*.

[515] U. Quast et al., *Impfreakyionen.Hippokrates* (2.Auflage), Stuttgart 1997.

[516] EB 1999: Ratg Infektionskrankheiten-Frűhsommer-Meningoenzephalitis.

[517] W. Bössenecker, "Durch Zecken űbertragene Krankheiten : FSME und Lyme-Borreliose", *Bayr Ärzteblatt* 2007, 4:182-186.

[518] AT (Arznei-Telegramm): Prophylaxversagen und deletäre Verläufe nach FSME-Immunglobulin. AT 1996, 6:62.

[519] G. Lesnicar, M. Poljak, K. Seme, J. Lesnicar, *"Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000"*, *Pediatr Infect Dis J* 2003, 22 (7):612-7.

[520] AT (Arznei-Telegramm) 2001.

- Denumirea comercială: 1) ENCEPUR – copii şi ENCEPUR – adulţi, Firma Chiron-Behring; 2) FSME Immun Junior şi FSME pentru adulţi, Firma Baxter.

- Administrare: *3 vaccinuri în decurs de 12 luni,* cu protecţie de 3-5 ani, după care trebuie revaccinaţi (rapeluri)[521].

3. Reacţii adverse şi complicaţii postvaccinale:

- Vaccinurile FSME au fost retrase de pe piaţă de mai multe ori datorită faptului că *sunt foarte greu suportabile.* Ultimul vaccin retras în Germania a fost *TicoVac*, în martie 2001; Institutul Paul-Ehrlich din Germania şi EMEA au reacţionat cu mare întârziere la numeroasele reclamaţii făcute de părinţii copiilor vaccinaţi[522].

- *Reacţii locale şi generale*: dureri şi inflamaţie locală, cefalee, ameţeli, tulburări de vedere, tulburări de somn, greţuri, vărsături, diaree, dureri articulare şi musculare.

- *Reacţii alergice*: hidroxidul de aluminiu şi antibioticele pot provoca urticarie, astm bronşic şi şoc alergic. Proteinele de pui embrionat pot provoca de asemenea reacţii alergice. Cele mai multe cazuri au fost la copiii vaccinaţi cu ENCEPUR K, care a fost retras apoi de pe piaţă. S-au relatat însă şi cazuri după vaccinul ENCEPUR Junior[523].

- *Boli autoimune*: vasculite, artrite, boli reumatice sistemice, lupus eritematos, edeme, diabet zaharat, miocardite, boli oftalmologice etc.[524], în patogeneza cărora un rol important îl are **aluminiul.**

- *Boli neurologice* (sunt frecvente!): tulburări de vedere, tulburări senzitive, tulburări de mers, Sindromul Guillain-Barre, convulsii, encefalite, psihoze, scleroză multiplă[525].

- *Decese:* au fost relatate 7 cazuri la Institutul Paul-Ehrlich din Germania, în perioada 2001-2008: 5 cazuri după vaccinul FSME Immun şi 2 cazuri după vaccinul ENCEPUR, în urma unor complicaţii postvaccinale grave: *encefalite, Sindrom Guillain-Barre, miocardite şi boli de sânge*[526].

---

[521] C. Wittermann, U. Nicolay, A. K. Hilbert et al., "Pediatric tick-borne encephalitis (TBE) vaccines:schedules to optimize protection", *Int J Med Microbiol 2008*, 298 (suppl 1):301-4.

[522] AT (Arznei-Telegramm): 14 Monate Tico-Vac-eine Chronik, AT 2001, 4:41-43.

[523] M. Hirte, *op. cit.,* 346.

[524] *Ibidem*.

[525] *Ibidem*, 347

[526] *Ibidem*, 348

Caz clinic: Cazul fetiței Cynthia cu Meningoencefalită postvaccinală[527] a fost larg mediatizat în Germania şi poate fi urmărit pe "youtube", la adresa de la subsolul paginii. În anul 2003, familia a făcut 2 înregistrări video cu fetița: în 2 septembrie şi în 24 decembrie, când Cynthia încă era o fetiță sănătoasă şi veselă. *A fost vaccinată apoi cu cele două vaccinuri :* **1. Meningococic**, descris anterior, şi **2. FSME**. La câteva luni după cele 2 vaccinuri, o vedem pe fetiță grav bolnavă, suferind de sechele severe postvaccinale, cu diagnosticul: "**Meningoencefalită cu sechele severe**".

XIV. Borelioza sau boala Lyme

Deşi borelioza nu intră în categoria "bolilor copilăriei", am ales s-o descriu în acest capitol, fiind de un real interes pentru toți, şi o infecție foarte răspândită la ora actuală, dar prea puțin cunoscută.

1. Generalități[528]

- Boala Lyme este răspândită în întreaga Europă;
- doar una din 750-1000 de înțepături de căpuşă poate provoca infecția, vizibilă pe tegument sub forma unui eritem: *Erytema chronicum migrans*; fără tratament, poate duce uneori, la artrite, miocardite şi boli neurologice; borelioza se tratează uneori cu antibiotic (Penicilină G), dar, în majoritatea cazurilor, se vindecă spontan, fără tratament;
- riscul unor eventuale complicații este mult exagerat de către experți; în SUA, în 1998, s-a pus pe piață un vaccin care a fost recomandat oamenilor din zone cu risc crescut; după doar 4 ani, în 2002, *vaccinul a fost retras de pe piață, după ce au fost reclamate cel puțin 170 de cazuri cu complicații reumatice postvaccinale*; posibilitatea ca un cetățean american să facă boala Lyme este de 0,005 procente, adică 5 cazuri din 100.000.

2. Concepții noi, actuale, despre Borelioză

a) Ce nu se spune despre boala Lyme...[529]

Medicina începe, încetul cu încetul să recunoască că, *bolile cronice* nu sunt boli idiopatice sau doar psihosomatice, ci *sunt provocate de o continuă*

[527] http://www.youtube.com/watch?v=L1f8XTTsrpU

[528] ÄZ (Ärztezeitung): Die einzige Borreliose-Vakzine ist in den USA gescheitert-awren unerwűnschte Wirkungen die Ursache? Ärzte –Zeitung Online. 24.5.2002, 33:27.

[529] Dr. med. Dietrich Klinghardt. Bellevue, Washington, März 2005*,"Die Lyme-Borreliose: Ein Blick jenseits der Behandlung mit Antibiotica."(trad."O privire dincolo de*

creştere a toxinelor din organism şi a prezenței unor infecții cronice… S-au schimbat în ultimul timp denumirile acestor infecții cronice despre care se credea până de curând (conform literaturii de specialitate) că unele din aceste infecții provoacă bolile cronice autoimune… S-au detectat pană la ora actuală peste 12 tipuri de microbi la nivelul articulațiilor afectate de poliartrita reumatoidă (PR). La debutul poliartritei reumatoide, găsim mereu un sistem imun hiperreactiv, care reacționează față de aceşti microbi. Lista agenților microbieni, răspunzători pentru o serie de boli cronice, cuprinde: *Mycoplasmele, virus herpetic tip 6 (HHV 6), Trichomonas, Chlamydia pneumonia, Toxoplasmoze, Rickettsi, Leptospiroze, forme mutante ale Streptococului, bacilul tuberculos, Shigelle, lamblii ş.a…*

Un nou agent microbian, răspunzător pentru diverse boli cronice, este **Borrelia burgdorferi (BB),** care, în prezența unor infecții oportuniste (Candida), dar şi a unor infecții gripale repetate, zona zoster ş.a., se înmulțesc şi se extind în întregul organism. Deseori, infecțiile secundare sunt recunoscute şi tratate, dar prezența boreliozei este trecută cu vederea. Microbiologul Gitte Jensen a putut dovedi faptul că, odată ce înaintăm în vârstă, ADN-ul nostru conține tot mai multe fragmente ce provin de la aceste bacterii şi virusuri, astfel încât, la moarte (la o varsta mai inaintata), ADN-ul nostru este aproape dublu de lung, decât a fost la naştere…

Deoarece *tratamentul boreliozei este unul nespecific*, nu putem spune sigur că, atunci când cineva s-a vindecat după un tratament cu antibiotice, boala respectivă a fost borelioză. Microbii nu există într-o formă fixă, ci se transformă mereu, sub influența mediului înconjurător. Acelaşi fenomen se întamplă şi în cazul Borreliei, fiind numit *polimorfism*. Sunt cunoscute la ora actuală *peste 300 de tipuri de Borrelii*, dar nu toate sunt patogene pentru om. Cele mai frecvente tipuri de Borrelii, care sunt cauza unor boli cronice la om şi sunt recunoscute de literatura de specialitate, sunt:

- *Borrelia burgdorferi*;
- *Borrelia garinii*;
- *Borrelia afzelli*.

Date despre B. garinii, există deja din anul 1966. Cartea *Lab 257*, apărută în 2003 în America, arată că B. burgdorferi este un microb crescut în laborator în 1945. Microbiologul german Taub a condus un laborator biologic în

tratamentul cu antibiotic a bolii Lyme”). (În Amerika Dr.Klinghardt a primit premiul “The Physicians Excellence Award for the Treatment of Lyme-Induced Autism”. Deja din anul 2007, Dietrich Klinghardt a fost ales de către Organizația cunoscută în toată lumea“Global Foundation of Integrative Medicine2”drept “Integrative Physician of the Year”)

timpul celui de-al doilea război mondial, făcând experimente cu Borrelia… După război, acest microbiolog a fost chemat în SUA pentru a crea şi aici un astfel de laborator biologic, şi anume la Plum Island, o mică peninsulă, nu departe de New York. Aici se făceau experimente cu mai mulți microbi, inclusiv Borrelia. După acest nou succes, Taub s-a întors în Germania, unde a fost angajat la Universitatea de la Tűbingen… Localitatea Lyme, Conneticut/SUA, unde în 1975 a avut loc prima epidemie de borelioză, se află la doar 9 mile depărtare de Plum Island.

Găsim la ora actuală borrelii în mai multe afecțiuni cronice: sarcoidoză, scleroză multiplă (SM), boala Parkinson, scleroză amiotrofică laterală (ALS), autism, artrita reumatoidă, fibromialgie, diverse carcinoame etc.

Legat de *polimorfismul Borreliei*, Dr. Klinghardt relatează despre practica sa medicală din Germania, din 1976, efectuată la Universitatea din Freiburg, cu Prof. Dr. Faust:*”Acest profesor, în funcție de simptomele neurologice ale pacientului, putea să spună cu exactitate din ce localitate sau regiune din Schwarzwald (Pădurea Neagră) era pacientul, fără ca să-l mai întrebe.* ***Borreliile din Schwarzwald au o mare posibilitate de a produce mutații şi de a se adapta la condițiile noi de mediu****, producând, în funcție de schimbările lor structurale, anumite simptome, specific bolii dintr-o zonă sau alta”.*

Am sintetizat *concluziile* la care ajunge Dr. Klinghardt, după 30 de ani de practică medicală:

- Borrelia există în organism sub 3 forme:
  1. spirochete mature;
  2. forme lipsite de membrana celulară;
  3. forme chistice.
- Borreliile trăiesc în mod obişnuit în celule, pe care le infectează. Unele forme pot trăi şi în afara ei.
- **Borrelia infectează limfocitele B şi alte componente ale sistemului imun,** responsabile de formarea de anticorpi; testele folosite pentru identificarea Borreliei, respectiv, ELISA şi Western–Blot, nu vor putea detecta anticorpii pentru a pune un diagnostic pozitiv, deoarece **un organism infectat (cu limfocitele infectate) nu mai produce anticorpi pentru Borrelii (!).**
- *Dovada unei muşcături de căpuşă nu mai este un criteriu pentru diagnosticul de Borrelia*. Se ştie încă din anul 1986 că în ținuturile endemice din SUA, un procent *de 22% dintre muşte sunt infectate cu Borrelii şi cunoscutele co-infecții* (Mycoplasme, Rickettsii etc.). Un studiu din Cehoslovacia, arăta că *în Europa*, *12% dintre muştele sunt infectate*

cu Borrelii. De asemenea, se ştie că *multe alte insecte, precum păianjeni, purici, păduchi etc., sunt infectate cu Borrelii*. Statistic vorbind, un cetățean american este infectat 100% cu Borrelia dacă va fi înțepat de 5 ori de o muscă.

- *Diagnosticul diferențial se face cu alte boli provocate de neurotoxine*, fiind cunoscute 4 categorii de boli cu acelaşi tip de simptome: *intoxicații cu metale grele* (mercur, aluminiu, cadmiu, plumb), când se face o dezintoxicare şi se dozează tipul şi cantitatea de metale grele din eritrocite şi eliminate prin păr, etc. (vezi cap. 3); *infecții bacteriene cronice cunoscute* (co-infecțiile boreliozei, infecții oportuniste); *infecții micotice*: Aspergillus, spori de mucegai; *boli provocate de substanțe chimice şi toxice din locuințe* (podele, mobilă etc.).

Acelaşi pacient care suferă de borelioză, are în acelaşi timp o intoxicație cronică cu metale grele, dar şi o sensibilitate crescută la chimicale.

Cele trei componente ale boreliozei sunt:

1. Prezența agentului microbian Borrelia, a co-infecțiilor şi a infecțiilor oportuniste.
2. Endotoxinele produse de microbi. Majoritatea sunt neurotoxine.
3. Modificarea sistemului imun (anergie, alergie şi reacție autoimună):
   - **Anergie** (scăderea imunității)
     Unul din mecanismele cele mai cunoscute ale microbilor, pentru a învinge sistemul imun este acela de produce o hipercoagulare. În felul acesta rezultă prea multă fibrină, care va "înveli" microbii din sânge, iar aceştia nu vor mai putea fi recunoscuți de către sistemul imun. Testul de laborator obținut va fi cel de *"monomeri solubili de fibrină"*.
   - **Alergie** (exagerarea reacției imune)
     Alergia este o reacție imună exagerată, datorită unui dezechilibru dintre limfocitele Th (Thelper, care stimulează sistemul imun) şi Ts (Tsupresoare, care-l suprimă). Dacă există mai multe limfocite Th decât Ts, reacția imună este una exagerată. Dacă există mai multe limfocite Ts decât Th, are loc o diminuare a reacției imune. La pacienții cu borelioză, putem observa oricare din cele două situații… *majoritatea (80%), având o reacție imună exagerată, deci o alergie.*
   - **Reacția autoimună**
     Toxinele şi microbii acționează asemenea unor "haptene" (când se ataşează de celulele proprii organismului, iar sistemul imun

nu le mai recunoaşte, le atacă şi le distruge). *Metalele grele* sau *toxinele bacteriene* se pot ataşa şi ele de membranele celulare; în felul acesta, vor deveni alergene, iar sistemul imun le va ataca. Acest fenomen stă la baza **mecanismului principal al bolilor autoimune.** În aceste cazuri, tratamentul cel mai indicat este dezintoxicarea de metale grele (descrisă în cap. 3)

Doar de câțiva ani, medicii din Europa au recurs la noile tratamente alternative ale boreliozei, folosindu-se de cărțile americane şi "*Homepage*-ul lui Joe Burrescano MD", pe care le copiază. Novicele se recunoaşte uşor, spune Dr. Klinghardt, văzând că *tratează Borelioza cu antibiotice, care acționează doar pentru un timp scurt şi deseori fără efect asupra evoluției cronice a bolii Lyme***.** Se ştie că este nevoie de un tratament îndelungat cu antibiotice, de minim 18 luni, pentru a se ajunge la vindecare. Se constată însă reacții adverse grave după un asemenea tratament agresiv: *insuficiență renală, Tinnitus, dereglări ale imunității* etc. Dacă este să calculăm că în Pădurea Neagră, 22% dintre muşte sunt infectate cu Borrelia, va dura doar câteva săptămâni până se reinfectează pacientul, tocmai vindecat. Atunci tratamentul cu antibiotice, timp de un an şi jumătate, nu-şi are rostul… Este indicat un alt fel de tratament, mult mai eficace şi fără efecte secundare.

Pacienții cu borelioză au un deficit în minerale şi electroliți, precum magneziu, cupru, mangan şi litiu. Iodul este şi el deseori scăzut. Toate aceste minerale trebui administrate pacientului, dar există la acest capitol mari lacune. Macrofagele necesită cupru, mangan şi fier pentru a distruge microbii fagocitați ("înghițiți"). Aceste metale sunt oxidate în timpul procesului de fagocitoză iar când canalele de dezintoxicare sunt depăşite, metalele oxidate vor fi depozitate în organism şi le depistăm în păr şi în țesuturi. Din păcate, când analizele arată prezența cuprului în păr, se interpretează în mod greşit ca fiind o intoxicație cu cupru. Or, acest pacient are nevoie de cupru, dar trebuie ajutat la detoxifiere, prin folosirea antioxidanților. Litiul este un alt metal care trebuie administrat în vederea stabilizării sistemului nervos central şi a dispariției, în decurs de câteva zile, a simptomelor neurologice la pacienții cu boala Lyme. Adausul de magneziu este de asemenea necesar. Un deficit de cobalt este deseori remarcat la aceşti pacienți. Iodul este poate cel mai important element care trebuie suplinit în Borelioză.

Mulți pacienți cu borelioză dezvoltă o afecțiune numită Sarcoidoză sau *Morbus Boeck.* Din păcate, în Germania încă nu se ştia în 2005 că **Morbus Boeck este o afecțiune specific boreliozei**. Ganglionii limfatici infectați cu Borrelia, produc cantități anormale de vitamina D. Aceşti pacienți dezvoltă

forme grave de osteoporoză, mai ales la nivelul coloanei vertebrale, având în acelaşi timp simptome tipice de Borelioză. Medicii stomatologi cunosc aceste afecţiuni, deoarece ei observă o calcifiere internă a dinţilor, cu depunere de calciu în canale, vizibil radiologic. Tratamentul este unul specific, în urma căruia mulţi se vindecă şi află doar atunci că, de fapt, ei sufereau de borelioză.

Dr. Klinghardt recunoaşte că, după 15 ani de experienţă în diagnosticarea şi tratarea boreliozei, afecţiunea rămâne încă un mister pentru el. Cu toate că a pus bazele a trei mari şi importante metode terapeutice moderne – dezintoxicarea de metale grele (tratată în cap.3), *psiho-kinesiologia* şi *terapia cu substanţe ortomoleculare* –, pentru Dr. Klinghardt diagnosticarea şi tratarea boreliozei rămâne în continuare cea mai importantă problemă de rezolvat.

La întrebarea "De ce cazurile de Borelioză iau o asemenea amploare?" nu s-a aflat încă niciun răspuns. Dr. Klinghardt crede că *"**insectele sunt vectorii boreliozei, motiv pentru care ea se răspândeşte mult mai uşor în ţările cu climă caldă.** Prin creşterea temperaturii globale, se înmulţesc şi vectorii care transmit boala. Este un alt motiv de îngrijorare, căci **ne putem aştepta la epidemii noi, necunoscute până acum**".* Având în vedere că trăim de 150 de ani încoace într-o atmosferă tot mai poluată şi mai săracă în oxigen, este mult stimulată dezvoltarea mecanismelor anaerobe, ale organismelor primitive, în detrimentul organismelor aerobe, mai evoluate. *Antibioticele au fost un eşec în tratamentul unei boli cronice, cum este boala Lyme sau borelioza. Antibioticele nu ne vor ajuta în lupta cu epidemiile care ne aşteaptă*, mai spune Dr. Klinghardt[530]**.**

Borelioza şi intoxicaţia cu mercur reprezintă doar două cauze ale unor astfel de "epidemii", la care Medicina de azi nu mai face faţă!

b) Alte noutăţi despre boala Lyme [531]

- În ultimii ani, borelioza a devenit o boală "a civilizaţiei", care este răspândită nu doar prin intermediul căpuşelor, ci şi al unor insecte; căpuşele s-au înmulţit foarte mult din cauza schimbărilor climatice din întreaga lume[532].

- Borelioza nu este diagnosticată de cele mai multe ori, fiind o boală cu o simptomatologie foarte complexă şi prea puţin cunoscută. Pe de altă parte, un test de laborator care să evidenţieze cu o precizie de 100% borelioza

---

[530] *Ibidem*.

[531] Dr. med. Eva Dimmendaal, *Borreliose. Das Selbsthilfe-Programm*, Gräfe und unser Verlag GmbH, München, 2.Auflage, 2011.

[532] *Ibidem*, 5.

nu există. Orice test poate fi, atât fals pozitiv, cât şi fals negativ. Rezultatul poate fi fals pozitiv în afecţiuni precum infecţii cu Citomegalovirus, virus Epstein-Barr, infecţii date de diverse spirochete şi în bolile autoimune. Rezultate fals negative se obţin uneori în urma reacţiilor serologice care au fost efectuate prea devreme pentru depistarea anticorpilor. La toate acestea se adaugă marea variabilitate a Borreliilor. Ele pot rămâne timp îndelungat în celulele sau ţesuturile slab oxigenate ale organismului, sub forma unor chiste sau sferoblaşti, nefiind recunoscute de către sistemul imun. De asemenea, Boreliile, în funcţie de temperatura şi mediul în care trăiesc (în organism), îşi pot modifica mereu antigenele de la suprafaţă, în aşa fel încât să nu fie recunoscute de către anticorpii existenţi[533].

- *Stadiul I de boală (faza precoce):* între zilele 2 si 28 de la infecţie, în aproximativ 50% din cazuri, se poate forma unui eritem local, de formă inelară şi culoare roşie, mai decolorată în centru, aşa-zisa *Erythema migrans*. Se poate extinde şi cuprinde părţi întregi ale corpului, iar apoi se retrage şi în lipsa oricărui tratament, după câteva zile, uneori chiar luni. Nu este dureroasă, dar uneori este însoţită de prurit sau usturime. Dispariţia erupţiei nu are nicio legătură cu evoluţia bolii. Singurul simptom care arată o trecere din stadiul 1 al bolii în stadiul doi este "limfocitomul", care este o colecţie lichidă, subcutană, moale, de culoare roşie-albăstruie, şi este localizat de obicei la nivelul urechii, dar se poate forma şi la sâni sau la testicole[534].

- *Stadiul II de boală*: dacă infecţia nu este remarcată din timp, Borreliile se răspândesc în întregul organism, prin intermediul vaselor sanguine şi limfatice, şi se depun în articulaţii, muşchi şi ligamente, dar şi în organele interne, ţesut nervos şi creier. **Din acest moment, Borreliile sunt în măsură să blocheze sistemul imun.** Pacientul va prezenta simptome tipice, neurologice şi vegetative: Sindromul Bannwarth, caracterizat prin infecţia nervilor periferici şi a rădăcinilor nervilor cranieni. Simptomele sunt în funcţie de nervul afectat: *infecţia nervului facial poate provoca pareze sau paralizii faciale; infecţia nervului oculomotor va afecta vederea etc. Tipice sunt şi afecţiunile articulaţiilor şi ale musculaturii: parestezii, dureri, senzaţie de amorţeală sau arsură, cu caracter migrator etc. Tulburările vegetative constau în variaţii ale tensiunii arteriale, ale pulsului, senzaţia de cald, alternând cu senzaţia de frig etc. Toate aceste simptome pot dispărea fără niciun tratament*[535].

---

[533] *Ibidem*, 28.
[534] *Ibidem*, 32-34.
[535] *Ibidem*, 34-35.

- *Stadiul III sau stadiul tardiv*: dacă borelioza evoluează, după luni sau chiar ani de zile, se poate croniciza, când vorbim de *stadiul tardiv*. Din acest moment, ca orice boală cronică, ea va avea perioade de acutizare şi de remisie. Perioadele de remisie (asimptomatice) pot dura ani de zile. Alteori, borelioza se poate agrava şi poate evolua spre o boală sistemică, afectând întregul organism, având totodată o serie de co-infecții. Ce sunt aceste co-infecții? *Boreliile, o dată ce sug sângele de la un individ, preiau şi o serie de bacterii, virusuri, fungi etc., pe care apoi le "transferă" celorlalți indivizi pe care-i "muşcă".* Co-infecțiile pot fi: cu Chlamydii (Chlamydia pneumonie, Chlamydia trachomatis), care pot provoca infecții grave ale organismului; cu virusul FSME (descris anterior); cu Coxiella burnetti (care provoaca febra Q); cu Ricketsii; cu Yersinia enterocolitica; cu Babesii; cu Mycoplasme (pneumonie şi genitalium) etc.[536].

S-a constatat ca Borreliile sunt periculoase nu doar fiindcă eliberează radicali liberi, ci mai ales fiindcă pot produce neurotoxine care eliberează citokine. Acestea la rândul lor vor provoca acidoză şi boli autoimune: tiroidita Hashimoto ş.a. Este motivul pentru care, Dr. Eva Dimmendaal recurge la o terapie integrativă, adică a întregului organism, nu doar a simptomelor: detoxifierea organismului, eliminarea radicalilor liberi, scădarea acidozei, etc. *Medicina clasică nu poate doza neurotoxinele şi nici nu are metode terapeutice adecvate pentru eliminarea acestora.* Tratamentul cu antibiotice este o terapie unilaterală, îndreptată doar împotriva bacteriilor, dar nu şi a neurotoxinelor, care nu sunt eliminate. La ora actuală încă nici nu este dovedită eficiența terapiei antibacteriene cu antibiotice, indiferent cât de repede a fost începută terapia după înțepătura de căpuşe. *S-a constatat că majoritatea pacienților, deşi au fost tratați cu antibiotice, au ajuns în faza cronică a boreliozei şi la co-infecții*[537]. La acest rezultat a ajuns, după cum am văzut, şi Dr. Klinghardt.

XV. Infecțiile intestinale cu rotavirus. Vaccinul împotriva rotavirusului

1. Infecțiile cu rotavirus. Generalități

- Este un virus care provoacă infecții intestinale, iar *riscul creşte o dată cu înmulțirea tratamentelor cu antibiotice***.** Din nefericire, este situația țărilor dezvoltate, iar România nu face excepție. Se constată şi la noi o intensificare

[536] *Ibidem*, 36-39.
[537] *Ibidem*, 43-45.

fără precedent a tratamentelor cu antibiotice. Este cunoscut faptul că *antibioticele modifică flora microbiană normală, fiziologică, din intestin, stimulând infecțiile cu virusuri***, inclusiv cu rotavirus**.

- "*Pentru sugari***,** protecția cea mai bună în fața acestor enteroviroze, inclusiv cu rotavirus, este alăptarea şi nevaccinarea: *laptele matern* oferă imunitate pentru infecțiile cu virusuri, în primii doi ani de viață; *un sugar nevaccinat* va suferi mai rar de infecții, va avea rar nevoie de antibiotice şi *nu va avea probleme din cauza rotavirusului*… Alimentația artificală a sugarului, cu lapte praf, creşte riscul infecțiilor cu virusuri, copilul fiind mai predispus deshidratărilor, carențelor de săruri etc."[538].

- *Eliminarea riscului de infecții cu rotavirus* nu trebuie să se facă prin intensificarea vaccinărilor, ci printr-o stimulare şi conştientizare a mamelor de a-şi alăpta sugarii[539].

2. Vaccinul împotriva infecțiilor cu rotavirus

- Primul vaccin, sintetizat în 1998, şi folosit în țările africane şi în America de Sud, a provocat numeroase complicații postvaccinale grave, în special "invaginație intestinală"; este motivul (alături de eficiența lui îndoielnică), pentru care, în 1999, s-a sistat producerea lui[540]; în 1998, când s-a efectuat un control celor de la FDA, s-a constatat că, 3 dintre membri, care au dat "undă verde" pentru producerea *vaccinului Rotateq*, erau finanțați de toate firmele care produceau acest vaccin împotriva rotavirusului. *Vaccinul pentru rotavirus Rotateq de la Merck* a adus un profit financiar de 29 milioane de dolari, lui Paul A. Offit, directorul Spitalului de Pediatrie din Philadelphia, atunci când acesta a vândut licența pe care o avea împreună cu Merck pentru sinteza vaccinului Rotateq[541].

- *Începând cu anul 2006, au apărut pe piață alte 2 tipuri de vaccin,* care conțin virus viu, atenuat şi modificat genetic. Din nou, CDC a aprobat vaccinul şi l-a recomandat ca fiind eficient. Unul dintre membrii CDC este beneficiar la una din firmele producătoare de vaccinuri[542].

- În România vaccinul este opțional.

---

[538] Friedrich P. Graf, *Die Impfentscheidung*, sprangsrade verlag 2007, Germany, 117.

[539] *Ibidem*.

[540] *Ibidem*.

[541] *Ibidem*, 286.

[542] *Ibidem*..

XVI. Infecția cu papilomavirusul uman (HPV). Cancerul de col uterin. Vaccinurile Gardasil şi Cervirax

1. Infecția cu papilomavirusul uman (HPV)

Papilomavirusul uman (HPV)
- este un virus ADN dublu catenar, descoperit în 1954;
- sunt peste 100 tipuri de papilomavirus identificate până la ora actuală, fără ca lista să fie epuizată;
- sunt cunoscute 30-40 de tipuri cu afectare ano-genitală, dintre care aprox. 15-20 tipuri sunt *oncogenice* (pot provoca cancer), HPV 16 şi 18 fiind cele mai implicate, iar restul sunt tipuri *non-oncogenice*, tipurile HPV 6 şi 11 fiind cel mai frecvent asociate cu condiloamele genitale externe (tumori necanceroase)[543].

Infecția cu HPV

Infecția cu HPV este, in principal, *o boală cu transmitere sexuală (BTS),* dar există şi *factori favorizanți* care scad imunitatea organismului şi predispun la această infecție: diabetul zaharat, sarcina, afecțiuni ale sângelui, tratament cu cortizon, lipsa igienei etc.[544].

Infecția este foarte frecventă, fiind considerată o "maladie a viitorului"; în SUA, frecvența infecției cu HPV a crescut în ultimii 15 ani cu 500%[545].

În România[546]:
– infecția apare mai frecvent la femei care au şi alte boli cu transmitere sexuală: *gonoree, candidoză, trichomoniază;*
– frecvența bolii este de *6%* din totalul bolilor cu transmitere sexuală;
– în 2003, în România, au fost înregistrate 3.268 de noi cazuri de cancer de col uterin;
– din 79 de cazuri internate în Cluj, transmiterea sexuală a fost constatată la 42% din cazuri.

---

543 http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie Cancerul_de_col_uterin__epidemiologie,_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.html

544 Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Ştiințifică, Bucureşti, 1993, 59.

545 M. Hirte, *op. cit*., 322.

546 Christa Todea-Gross, Ilie Moldovan, *Îndrumarul medical şi creştin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România,* Editura Renaşterea, Cluj-Napoca, 2008, 330.

Infecția cu HPV a organelor genitale nu provoacă de obicei simptome, iar *în peste 90% din cazuri se vindecă spontan.* Cu cât femeia este mai tânără, cu atât vindecarea naturală este mai frecventă, cu condiția să nu existe factorii favorizanți, care cronicizează boala[547].

Circa 80% dintre oameni fac în timpul vieții cel puțin o infecție cu HPV, fără să o observe, deoarece în majoritatea cazurilor sistemul imun o face inofensivă.

Când se cronicizează, infecția cu HPV va provoca modificări de diferite grade la nivelul celulelor colului uterin, numite "neoplazii cervicale intraepiteleale" (CIN), gradele I-III. Cu toate acestea există o rată mare de vindecare spontană. În 40% de cazuri cu CIN gr. II, infecția se vindecă fără nicio intervenție. La 10% din infecțiile cronice, modificările celulare continuă şi în decurs de 8 ani ajung în stadiul CIN III, fiind o etapă precanceroasă. Dar chiar şi aceste modificări celulare se vindecă în timp, în mod natural, în 33% din cazuri[548]. În continuare, este nevoie de încă 8-12 ani până când se trece din CIN gr III (cu grad înalt cancerigen) la cancer. *Mai puțin de 1% dintre femeile care s-au infectat cu un tip de HPV cu "grad înalt cancerigen" vor face în final cancer de col uterin. Deci, şi fără vaccin, există statistic o protecție de peste 99%!* Chiar dacă, la femeile de până la 45 de ani, este al doilea cancer ca freceventă, el reprezintă doar 3,2% din totalul îmbolnăvirilor de cancer şi doar 1, 8% din cazurile de decese la femeile cu cancer. Sunt două perioade de "vârf" pentru acest tip de cancer: între 35 şi 55 de ani şi după 60 de ani. În anul 2002 s-au îmbolnăvit de cancer de col uterin 6700 de femei şi una din 4 (1700 de cazuri) a murit de această boală[549] (statistica este din Germania).

În România statistica nu este cu mult diferită față de cea din Germania, dar există şi la noi tendințe spre exagerări, în vederea vaccinării fetelor anti-HPV, cu vaccinurile Gardasil sau Cervirax.

2. Cancerul de col uterin

a) Factorii de risc

Pentru ca infecția cu HPV a colului uterin să evolueze spre stadii cronice şi mai ales agresive, canceroase, este nevoie de un "col uterin receptiv", care a fost "pregătit" înainte de anumiți factori determinanți:

---

[547] M. Hirte, *op. cit*., 322.

[548] E. Kind, M. Kuhlmann, *"Zervikale intraepitheliale Neoplasien"*, în M. Beckmann, F.Perl, *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Basel, 2004.

[549] GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.): Krebs, în *Deutschland-Häufigkeit und Trends*.5.Aufl. Saarbrűcken 2006 http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2006.pdf

- *prezența unor boli cu transmitere sexuală* (BTS): gonoree, candidoză, trichomoniază[550];

- *fumat*: autorii germani au ajuns la concluzia că femeile care fumează fac mai frecvent cancer de col uterin, deoarece la ele se produc modificări în celulele întregului organism, inclusiv în celulele de la nivelul colului uterin care devin mai receptive la virusurile oncogene (herpesvirusuri, papilomavirusuri etc.), transmise pe cale sexuală; tabagismul partenerului mutiplică de 1,5 până la 12 ori riscul neoplasmului de col, prin efectul nicotinei din sperma fumătorilor asupra colului uterin[551];

- *anumite obiceiuri sexuale*: s-a identificat o frecvență relativ înaltă a infecției cu HPV la prostituate (39%) față de femeile căsătorite (14%); la prostituate tipul prevalent este HPV-16 care are risc oncogenic înalt; la femeile căsătorite tipul prevalent este HPV-6 care se asociază cu risc scăzut de cancer cervical; infecția este mai frecventă la femeile tinere, iar reducerea incidenței infecției cu HPV la femeile vârstnice se datorează probabil modificării comportamentului sexual[552];

- *consumul de contraceptive*: contracepția hormonală favorizează apariția de boli venerice precum infecțiile cu Chlamidia şi Trichomonas (care afectează colul uterin), iar steriletul (spirala avortivă) creşte frecvența BTS de 4 ori, conform unui studiu din SUA[553].L a noi în țară, Atanasiu şi colaboratorii săi (1984) constată Chlamidii la 20, 6% dintre gravide[554];

- *vârsta mică la primul contact sexual*: colul uterin încă nu este matur şi infecția se realizează mai uşor[555];

- *parteneri multipli*[556].

"Evoluția spre cancer a leziunilor date de HPV comportă probabil activarea sau inactivarea unor gene necunoscute, poate sub influența unor co-factori ca administrarea de contraceptive orale, tabagism şi alți factori mai puțin cunoscuți[557]", afirmă Dr.Traian Ciucă.

---

[550] Christa Todea-Gross., Ilie Moldovan, *op. cit.*, 329-333.

[551] Traian Ciucă, *op. cit.*, 66.

[552] Dr. Genoveva Tudor, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi,* Editura Christiana, Bucureşti, 2005, 102-103.

[553] Traian Ciucă, *op. cit.*, 59-66.

[554] *Ibidem*, 127.

[555] http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie Cancerul_de_col_uterin__epidemiologie,_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.html

[556] *Ibidem*.

[557] Traian Ciucă, *op. cit.*, 66.

În concluzie: *modificările produse la nivelul colului uterin, în majoritatea cazurilor datorită unor vicii şi a unui comportament iresponsabil, "pregătesc" colul uterin pentru apariția unui cancer. Se pare că nu infecția cu HPV este factorul care declanşează cancerul de col uterin. Dimpotrivă, studiile arată că de fapt cancerul de col uterin este cel care favorizează infecția cu HPV*.

b) Lipsesc studii despre o relație directă între HPV şi cancerul de col uterin

Se ştie că Institutul Național de Cancer din SUA nu a putut demonstra faptul că există o relație directă între HPV şi cancerul de col uterin. Într-un studiu pe un lot de femei de aceeaşi vârstă şi HPV pozitive, un procent de 67% s-au îmbolnăvit de cancer de col uterin şi un procent de 43% nu s-au îmbolnăvit. Se pune întrebarea: de ce?

Nicholas Regush scria în Vaccine Madness: "Deja în 1992 se punea întrebarea dacă HPV provoacă cancerul de col uterin. Peter Duesberg şi Jody Schwartz, doi specialişti în Biologie Moleculară la Facultatea din Berkeley, California, şi-au pus şi ei aceeaşi problemă. Ei au observat că, deşi femeile erau HPV pozitive, totuşi tumorile canceroase nu conțineau decât rareori şi foarte puține secvențe ADN–HPV şi gene HPV". În schimb, au observat că, rareori cancerul poate fi declanşat de către anormalități cromozomiale spontane sau induse chimic, tipice atât în cazurile HPV-pozitive cât şi în cele HPV-negative. În final, Duesberg şi Schwartz au arătat posibilitatea că "mai degrabă este declanşat cancerul de către alte carcinogene decât de către virus!". Argumentul central este următorul: *"Deoarece celulele canceroase care se dezvoltă haotic, sunt mult mai sensibile la infecții decât celulele sănătoase***,** *virusurile constituie doar un indicator pentru o dezvoltare anormală şi nu cauza acesteia!".* Ei mai afirmă că *"se exagerează în mod intenționat când se vorbeşte de «locul doi al cancerului de col uterin la femeile tinere» (15-44 ani) – ceea ce este corect, dar nu se spune faptul că la această vârsta cancerul (în general) are o frecvență foarte scăzută, el fiind apanajul vârstei înaintate"*[558].

Concluzia este că alți factori declanşează cancerul de col uterin. Specialiştii consideră că în *peste 80% din cazuri cu leziuni canceroase apariția lor este legată de consumul de nicotină, obiceiuri alimentare,*

[558] http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm

iradiații sau substanțe cancerigene. "*Adevărul este că aceste cancerigene pot provoca un cancer şi nu virusurile*"[559].

3. Vaccinurile Gardasil/Silgard şi Cervirax

- la noi în țară există la ora actuală 2 tipuri de vaccinuri cu virusul HPV-Gardasil şi Cervirax-, denumite în mod eronat "vaccinuri împotriva cancerului de col uterin";

- dacă în Germania s-a recomandat vaccinarea tuturor fetelor cu vârsta cuprinsă între 12-17 ani, începând cu anul 2007, la noi în România a fost recomandată vaccinarea tuturor fetelor sub 13 ani începAnd cu toamna anului 2008[560];

- o doză de vaccin costă 155 Euro, deci 3 doze costă 465 Euro; la noi în țară s-a administrat gratuit acest vaccin grupului de vârstă sus-menționat; cu toate acestea, felul în care a fost "recomandată", ba chiar "ordonată" la un moment dat vaccinarea pentru prevenirea unei boli, care nu este deloc contagioasă şi nu reprezintă niciun pericol public, ridică multe suspiciuni la care am încercat să răspund în acest capitol; pentru cei pentru care nu este gratuit, vaccinul poate fi cumpărat în continuare în farmacii;în 2010, prima țară care refuză orice comercializare a vaccinului este Franța, după care au urmat şi altele, după apariția de reacții adverse grave şi complicații postvaccinale severe;

- efectele secundare, trecute în prospect, sunt minimalizate de către producătorii de vaccinuri:"febră şi reacții locale de la locul injecției:roşeață, durere, űmflătură"[561]; în realitate ele sunt foarte numeroase (sunt descrise la pct.c);

- a fost nevoie să apară primele cazuri de deces după vaccin pentru ca să se descopere că el este cu adevărat ineficient şi, mai ales, periculos.

Vaccinul Gardasil/Silgard

- este produs de către compania farmaceutică *Merck;*

-conține *4 tipuri de virus HPV: 6, 11, 16 şi 18;* în vaccin nu sunt conținute virusurile întregi, ci capsulele proteice ale acestora (învelişul), care reprezintă antigenul, adică substanța care ar trebui să inducă formarea de anticorpi;

[559] http://www.zentrum-der-gesundheit.de/ia-gebaermutterhalskrebs.html

[560] Christa Todea-Gross, Ilie Moldovan, *op. cit.*, 333-334.

[561] http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3734

- conține *adjuvanți,* care au scopul de a creşte şi prelungi răspunsul imun față de virusul HPV (să formeze anticorpii necesari): *fosfat de aluminiu, borat de sodiu, polisorbat 80 şi L-histidină*; fără aceste substanțe, vaccinul practic nu are niciun efect;

- se administrează *3 doze*: la 0,2 şi 6 luni.

Vaccinul Cervirax

- este produs de către compania farmaceutică *GlaxoSmithKline*

- conține capsulele proteice a *2 tipuri de virus HPV: 16 şi 18*;

- conține *un adjuvant nou: AS04;* rolul lui este acela de a stimula activitatea imună a vaccinului şi de a o prelungi;

- se administrează *3 doze*: la 0,1 şi 6 luni.

4. Reacții adverse şi complicații postvaccinale. Un premiu Nobel controversat

Vaccinul a fost introdus la noi în țară mult mai târziu decât în celelate țări din UE, lucru care a fost un mare avantaj pentru noi, căci am aflat din timp de multiplele complicații date de acest vaccin, motiv pentru care *majoritatea românilor au refuzat să-şi vaccineze fetele*.

După complicațiile frecvente, inclusiv două cazuri de deces, apărute în urma administrării vaccinului Gardasil/Silgard (iar apoi Cervarix), nu mai era exclus faptul că putea fi retras vaccinul de pe piață. Pentru a "salva trenul care transporta vaccinul", de la o posibilă "deraiere", a fost oferit cu mare grabă, premiul Nobel cercetătorului german Harald zur Hausen, cel care a descoperit faptul că *"HPV este un declanşator ipotetic al cancerului de col uterin"*. Cu toate că acest premiu nu este legat direct de vaccin, el a devenit în cele din urmă legitim. Acest fapt poate constitui un pericol, deoarece în viitor, orice critică adusă vaccinului, este posibil să fie "eliminată" datorită prezenței acestui premiu, care nu a făcut altcvea decât să dea o explicație ipotetică, aflată sub semnul întrebării, unei dogme medicale[562]**.**

Cercetătorului german şi medicului oncolog prof. *Harald zur Hausen* i s-a oferit Premiul Nobel pentru Medicină, ne informează Institutul Karolinska din Stockholm, la data de 6 octombrie 2008. Harald zur Hausen primeşte Premiul Nobel pentru descoperirea virusului papiloma uman (HPV), virus "care poate provoca un cancer de col uterin". Cealaltă "jumătate" a Premiului

[562] "impf-report"-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6. http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm

Nobel a revenit medicilor francezi *Françoise Barre-Sinoussi* şi *Luc Montagnier*. Aceştia au reuşit – se spune – la începutul anilor 1980 să izoleze virusul de la pacienți grav bolnavi. **Amândouă Premiile Nobel sunt o mare farsă, care se bazează pe ipoteze fără o bază solidă**[563]. *"Multă vreme Comitetul Premiilor Nobel s-a arătat «imun». În cele din urmă însă «s-a prăbuşit sistemul său imun», respectiv puterea lui de apărare împotriva unor «virusuri», care au primit aceste premii...«Titrurile de anticorpi» ai Comitetului, împotriva unui Premiu Nobel pentru descoperirea HPV-ului, au fost atât de mici încât unui virus HPV, cu proprietăți îndoielnice, aşa-zise «cancerigene», i s-a acordat un trofeu medical"*[564], afirma pe bună dreptate Michael Leitner.

Multe întrebări rămân în continuare fără răspuns. În *Manifestul înaintat de către 13 specialişti din Germania* se cere ca STIKO să pună la dispoziția medicilor şi populației datele lipsă de la Producătorii vaccinului. Unul dintre producătorii acestui vaccin, respectiv *Institutul Sanofi – Pasteur MSD,* a dat următorul răspuns: *"Cifrele şi tabelele care nu au fost date publicității se află doar la dispoziția colegilor care au participat la obținerea rezultatelor, asta însemnând Producătorul din America. Aceste cifre nu ne-au fost puse la dispoziție şi este mai mult ca sigur că nici nu se va întâmpla acest lucru"*[565]. Experții mai spun că *"despre Cervirax sunt şi mai puține date disponibile. Deşi acest vaccin este utilizat în Germania, el totuşi nu a fost acceptat pe piață în SUA!"*[566].

Un număr de 13 cercetători de la diferite Centre de Cercetare din Germania spun că eficiența vaccinului împotriva virusului papiloma uman (HPV) nu a fost suficient de bine studiată. Din acest motiv, ei au cerut Comisiei Permanente pentru Vaccinare din Germania (*STIKO – die Ständige Impfkommission*) o reevaluare a vaccinului şi un sfârşit cât mai rapid al erorilor constatate la acest vaccin.

Următorii 13 experți din Germania (de la 6 Universități, un Centru de Cercetare şi un Centru Medical pentru Drepturile Pacientului) au cerut o reevaluare a vaccinării împotriva HPV:

1.) Prof. Martina Dören,
2.) Prof. Wolf-Dieter Ludwig (Charite, Berlin)
3.) Prof. Rolf Rosenbrock (WZB, Berlin)
4.) Dr. Ansgar Gerhardus

---

563 Torsten Engelbrecht et al., *op. cit.,* 7-11.

564 http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium

565 Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen«

566 http://www.psychophysik.com/h-blog/?p=2795

5.) Prof. Claudia Hornberg
6.) Prof. Oliver Razum (Universität Bielefeld)
7.) Prof. Petra Kolip
8.) Corinna Schach
9.) Prof. Norbert Schmacke (Universität Bremen)
10.) Prof. Jűrgen Windeler (MDS, Essen)
11.) Prof. Ferdinand M. Gerlach (Universität Frankfurt)
12.) Prof. Michael M. Kochen (Universität Göttingen)
13.) Prof. Ingrid Műhlhausen (Universität Hamburg).

După câteva cercetări, experții sus-numiți au ajuns la un rezultat care arată că "eficiența" vaccinului este mult mai mică decât s-a afirmat la început. Ei spun că nici până la ora actuală încă nu s-au aflat multe date despre acest vaccin. O parte din procentele nu sunt evidente şi nu pot fi dovedite. De asemenea, se constată că *"informațiile false despre vaccin generează la tinere şi femei sentimente de teamă şi vinovăție"*[567].

Complicațiile numeroase apărute după cele două vaccinuri au atras atenția părinților în primul rând, care au anunțat Instituțiile din Germania. *Se constată că ele apar la un procent de 83% din cazuri.* Doar la un procent de 17%, nu au apărut reacții adverse evidente, simptomatice. Unii dintre experți spun că până acum nu a existat niciun vaccin pe piață care să manifeste atât de multe reacții adverse şi de o variabilitate atât de mare, putând fi afectate aproape toate aparatele şi sistemele organismului uman. Care sunt acestea?

- grețuri : **26%**
- cefalee: **20%**
- amețeli: **18%**
- astenie: **16%**
- dureri: **13%**
- infecții: **11%**
- tulburări sensitive: **10%**
- somnolență/ dureri abdominale/ tulburări circulatorii: **7%**
- crampe abdominale/ vărsături: **4%**
- căderea părului/ diaree/ erupții cutanate/ tulburări de concentrare/ dureri de spate/ tulburări de vedere/ dureri pelviene: **3%**
- lipsa poftei de mâncare/ lipotimii (leşin)/ depresii/ febră/ dureri articulare/ tahicardie/ adenopatii (umflarea ganglionilor)/ dureri de stomac/ dureri musculare/ tremurături/ tulburări menstruale: **2%**
- reacții alergice/ amenoree/ crize de astm/ hipertensiune arterială / balonări/ exanteme/ gastrite/ condiloame/ crize epileptice/ edem ale feței (alergic)/ tulburări de echilibru /convulsii/ tulburări de auz/

[567] http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html; *Informationsdienst Wissenschaft, Pressemitteilung, Torsten Schaletzke, Universität Bielefeld. 26.11.2008.*

modificări ale probelor hepatice/ fotofobie/ tuse/ paralizii/ migrene/ prurit (mâncărimi ale pielii)/ acufene (zgomote în urechi)/ tulburări de personalitate/ atacuri de panică/ hipotiroidism/ şoc anafilactic/ tinnitus/ tromboze/ metroragii/ bufeuri/ tulburari de deglutiție/ tulburări de orientare/ transpirații/ tulburări de ritm cardiac/ crampe musculare: **1%**.[568].

Au fost şi trei cazuri de deces: în urma autopsiilor s-a evidențiat că *trombembolismul* ar fi cauza a două decese, iar *miocardita*, cauza celui de-al treilea deces. Nu s-a putut face o legătură directă (sau nu s-a dorit...) între deces şi vaccin, dar nici nu a fost exclusă o asemenea posibilitate[569].

Aflăm de la Dr. Jenö Ebert (medic internist din Germania), cu ocazia celui de-al 5-lea Simpozion despre vaccinuri din Stuttgart, din 7 iunie 2008, referitor la reacțiile secundare ale vaccinurilor îndreptate împotriva HPV, următoarele: *"Un studiu din SUA efectuat de către VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) în legătură cu efectele secundare ale vaccinului creat împotriva HPV arată* că *în perioada iulie 2006 – aprilie 2009, pe un lot de 13.422 de copii vacccinați împotriva HPV, în 15% din cazuri au fost reacții secundare grave, respctiv:* ***tulburări grave de vedere, paralizii şi sindromul Guillain-Barre.*** *De asemenea, statisticile arată că bolile autoimune apar de 3 ori mai frecvente (în comparație cu cei nevaccinați),* ***iar din 42 de gravide vaccinate din greşeală (!) au avortat 18****! Tot acest studiu VAERS arată că au avut loc decese care s-au datorat acestui vaccin:* ***22*** *decese în 2007,* ***16*** *în 2008 şi* ***3*** *în 2009!* (*Stuttgarter 5. Impf- Symposium****:*** *"Macht impfen Sinn?")*"[570].

5. De ce vaccinul provoacă o serie de reacții adverse? Complicații posibile în viitor

Adjuvanții noi, folosiți în aceste vaccinuri sunt una din cauzele reacțiilor adverse.

- *Adjuvanții din cele două vaccinuri* sunt substanțe chimice, care, injectate direct în sânge, sunt dovedite a fi substanțe toxice, cauzând *infertilitate, cancer* şi alte boli.

- *Adjuvantul "polysorbate 80"* (50 mg), din vaccinul Gardasil a fost testat pe femele de şoareci în laborator şi s-a constatat că produce o maturizarea anormală a organelor sexuale şi sterilitate. *Se va dovedi oare peste 10-15 ani că vaccinul Gardasil a fost un agent de sterilizare şi o întreagă generație*

[568] http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil

[569] "impf-report"-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6 http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm

[570] http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium

de fete au fost afectate? – se întreabă cu îngrijorare cercetătorii occidentali. În experiențele pe şoareci s-a constatat, de asemenea, că Polysorbate 80 este *carcinogen* şi *mutagen*, prin producerea de mutații genetice. *Adjuvantul ASO3* este prescurtarea "Adjuvantului System 03", produs de către Compania Farmaceutică GlaxoSmithKline, şi este o emulsie uleioasă. O doză de 0,5 ml de vaccin pandemic Pandemrix, conține 10, 69 mg *Sqalena*, 11,86 mg vitamina E şi 4,86 mg emulgator *Polisorbat (Tween 80)*[571]. S-a dovedit că Squalena a cauzat *numeroase boli autoimune* şi *"Sindromului Războiului din Golf"*[572]. Adjuvanții Scalena şi Tween80 provoacă şi *infertilitate la animale*[573,574].

Boli autoimune:

- Vaccinul conține *225 mcg aluminiu*. Prin administrarea celor trei vaccinuri se acumulează în corpul femeii o cantitate de 675 mcg de aluminiu. Acest metal se depune în celule, afectând mai ales sistemul nervos central. Se ştie că, acumularea de aluminiu în organism este corelată cu apariția bolilor autoimune, inclusiv *demența Alzheimer*[575]. *"Sindromul Războiului din Golf"* este direct legat de actiunea neurotoxică a aluminiului asupra sistemului nervos: *"Cele mai grave simptome au fost cele nervoase, cu leziuni neuro-musculare importante (ex.: Sindromul Lou Gehrings = A.L.S.). Soldații francezi, nefiind tratați cu astfel de vaccinuri, nu au suferit de Sindromul Războiului din Golf"*[576].
- Vaccinurile care conțin *virusul uman papiloma (HPV) tipul 16* (ex.: Gardasil şi Cervirax) provoacă *boli autoimune* [577].

---

[571] Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, "*Virus-Wahn*", EmuVerlag, 6. Auflage 2010, 303.

[572] 9 Ho MW. *"How to stop bir flu instead of the vaccine-antiviral model"*, Science in Society 35. 40-42, 2007.), şi *"Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome"*, Chiroweb.com, June 12, 2000, http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730

[573] http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php şi http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility

[574] Michael Leitner: *HPV Impfung: denn sie wissen nicht was sie tun*! http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm

[575] Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, *"Vaccination may be associated with autoimmune diseases"*, *IMAj* 2004;6:430-432, şi Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, *"Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity"*, 2005; 38(3):235-245.

[576] B. Ehgartner, *op. cit*., 197.

[577] D. Kanduc, "*Quantifying the possible cross-reactivity risk of an HPV16 vaccine"*, *J Exp Ther Oncol.* 2009;8(1):65-76. http://www.impfschaden.info/impfen/hpv-impfung.htm

Decese: au fost declarate 3 decese după vaccin, dar autoritățile nu le-au recunoscut. Ulterior au mai fost citate câteva cazuri, din care redau cazul unei fetițe de 17 ani.

Caz: O fetita de 17 ani din Noua Zeelandă *a murit în somn***,** după 6 luni de la cea de-a treia doză de vaccin Gardasil, deşi fusese sănătoasă. La autopsie nu s-a găsit nicio afecțiune care să fi provocat decesul, dar în sânge s-a evidențiat virusul-ADN al HPV. Acesta este legat de aluminiu, pentru a creşte imunitatea dată de vaccin... Prof. Christopher Shaw de la Universitatea din Columbia a găsit în probele luate din creier, atât ADN viral HPV, cât şi aluminiul... Acum FDA din SUA încearcă să muşamalizeze cazul… Nu s-a putut explica cauza decesului, dar se ştie că aluminiul poate provoca o serie de boli neurologice grave[578].

Otrăvire lentă: un alt semn de întrebare îl ridică prezența în compoziția vaccinului Gardasil *a 35 mcg de borat de sodiu.* Institutul Național pentru Sănătate al Americii consideră această substanță *o otravă periculoasă*. Ea a fost folosită în trecut pentru dezinfecție, până când a survenit moartea persoanelor care intrau în contact cu substanța. Efectele adverse a sodiului borat sunt: *starea de vomă, diareea, urticarea, problemele respiratorii, dureri de cap şi insomnii, febră, scăderea tensiunii, spasme ale muşchilor faciali, tremor al mâinilor şi picioarelor, stare de confuzie mentală, convulsii şi comă.* Efectele pe termen lung nu sunt cunoscute, deoarece până de curând boratul de sodiu era considerat suficient de otrăvitor ca să se mai pună problema folosirii lui în alimentație sau în industria farmaceutică[579].

Din cauza complicațiilor grave postvaccinale şi a studiilor insuficiente ale vaccinului, alte țări interzic vaccinurile anti-HPV. *Dacă în România, până la ora actuală, nu s-a interzis administrarea vaccinului Gardasil,* în Franța s-a luat această decizie încă din 2010[580]. La fel s-a întâmplat şi în Spania, unde autoritățile spaniole au retras de pe piață 75.582 doze de vaccin anti-HPV,

---

[578] http://www.impfkritik.de/pressespiegel/2012083005.htm

[579] T. Engelbrecht, C.Köhnlein, *op. cit.*, 310.

[580] Décision du 31 août 2010 interdisant une publicité pour un médicament mentionnée à l’article L. 5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l’exercice de leur art (NOR: SASM1020221S0). Considérant qu’ainsi ce document est contraire aux dispositions des articles L. 5122-2 susmentionnées du code de la santé publique,la publicité susvisée pour la spécialité pharmaceutique GARDASIL est interdite. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022839429&dateTexte&oldAction=rechJO&categorieLien=id

după ce două studente au necesitat spiatlizare imediat după administrarea vaccinului (11 februarie 2009)[581].

Concluzii

- premizele de la care se pleacă pentru prevenirea cancerului de col uterin le consider gresite, deoarece nu sunt luate în consideratie şi eliminate cauzele directe ale infecției: relatiile sexuale de la o vârstă fragedă; parteneri multiplii; contractarea bolilor cu transmitere sexuală (gonoree etc) care favorizează producerea cancerului de col uterin; efectul nociv al fumatului; folosirea contraceptivelor; prostituția etc. În locul eliminării cauzelor riscăm să ne îmbolnăvim copiii (fetele) cu un vaccin încă insuficient studiat şi mai ales cu multe reacții adverse şi complicații severe, despre care nu se vorbeşte;

- investiția mare în aceste vaccinuri ar trebui redirecționată spre efectuarea testului Babeş Papanicolau de două ori pe an la toate femeile active sexual. Costul ar fi mai mic, iar eficiența mult mai mare.

REPERE BIBLIOGRAFICE
Capitolul 4

1.) S. Lugauer, K. Heininger, J., Stehr, D. Cherry, *"Long-term clinical effectiveness of an acellular pertussis component vaccine and a whole cell pertussis component vaccine"*, *J. Pediatrics* 2002
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11998910

2.) S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., *"Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitits B vaccine in comparision with that natural infection", Infect Immun* 2001

3.) L. Gustafsson, L. Hessel, J., Storsaeter, P. Olin, *"Long-term foolow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age"*, *Pediatrics* 2006 Sep. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950988

4.) Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch fűr die individuelle Impfentscheidung,* MensSana Verlag, 2008, Germany

5.) Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptirsache fűr den plötzlichen Kindstod (SID) sind.* 2. Auflage 2000, Hirthammer Verlag GmbH, Germany

6.) Simone Delarue, *Impfschutz.Irrtum oder Lűge?,* Hirthammer Verlag, D-Műnchen, 3. Auflage 1997, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987)

[581] http://www.hotnews.ro/stiri-ultima_ora-5405583-spania-vaccinuri-impotriva-hpv-retrase-dupa-doua-internari.htm

7.) Gheorghe Marin Voiculescu, *Boli Infecțioase.* vol. II., Editura Medicală, Bucureşti 1990
8.) R. E. Behrmann, R. Kliegman, H. L. Jenson, *Nelson Textbook of Pediatrics* 16-th Edition, Philadelphia 1999
9.) Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst,* emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany
10.) EB (*Epidemiologisches Bulletin*): *"Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten"*, *Epidemiologisches Bulletin* 1999
11.) L. S. Illis und F. M. Taylor, *"Neurological and Eurological and Electroencephalographic Sequele of Tetatnus"*, *Lancet*, 24 April 1971 http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)91496-6/abstract
12.) Dr. Friedrich P. Graf, *Nicht impfen- was dann* ? 2. Auflage 6-2010, *sprangsrade verlag*, Germany
13.) WHO 2000:*History of vaccination*. http://www.who.int/gpv-dvacc/history/history.htm
14.) Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocşan, *Vaccinuri şi vaccinări în Practica Medicală,* Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2005
15.) M. D. Wright, *"On the Changes Effected by anti-typhoid inoculation in the bactericidal power of the blood; with remarks on the probable significance of these changes"*,1901, *Lancet,* 14. Sept. http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)72773-0/fulltext/exportCitation
16.) Agenda Medicală 2012, Ediția de buzunar, Editura Medicală, Bucureşti.
17.) http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13370001/VACCIN-DIFTERO-TETANIC-PENTRU-ADULTI-dT.aspx
18.) http://www.sfatulmedicului.ro/medicamente/imovax-d-t-adult-suspensie-injectabila_10501
19.) http://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/vaccin-tetanos
20.) www.impfschaden.info
21.) PUBLIC HEALTH. "Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collectsin the Brain." 2004 August 10 [By Roger Highfield for the Daily Telegraph, UK. Despite the US'sInstitute of Medicines strong recommendation that no further research bedone regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doingsome nonetheless, with arguably some more "smoking gun" evidence in supportof the hypothesis. This team is in Canada.] (http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml ;http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414)
22.) F. Werner, J. Grimm, "*DT-Impfung*", *Pädiatr Prax* 1987.
23.) M. Blennow, M. Granström, A. Strandhell, *"Adverse reaction after diphtheria-tetanus booster in 10-year-old schoolchildren in relation to the type of vaccine given for the primary vaccination"*, *Vaccine* 1994
24.) Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar. http://www.amazon.de/dp/3777310670/ref=nosim/?tag=yasni-21

25.) A. Mari, *"Is there a causative role for tetanus toxoid vaccination in the development of allergy-like symptomes and in the increasing prevalence of atopic diseases?"*, *Med Hypotheses* 2004
26.) HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997 http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm
27.) W Shye-Jao, S. Shen, L. Jiun-Yi, H. Po-Yuan et al., *"Acute Fulminant Myocarditis after Diphteria, Polio, and Tetanus Vaccination"*, *Asian Cardiovascular&Thoracic Annals* 2006
http://asianannals.ctsnetjournals.org/cgi/content/abstract/14/6/e111
28.) Stephen J. Read et al., *"Acute transverse myelitis after tetanus toxoid vaccination"*, *Lancet339,* 2 May 1992.
http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(92)90703-6/fulltext.
29.) G. K. Schlenska, *"Unusual neurological complication following tetanus toxoid administration"*, *Journal of Neurology* 1977
30.) H. Topaloglu et al., *"Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination"*, *Acta Paediatrica* 1992
31.) W. Ehrengut, *Felerquellen bei der Begutachtung von Impfschäden*. *Der med. Sachverst*. 1994
32.) N. Newton, A. Janati, *"Giullain-Barre syndrome after vaccination with purified tetanus toxoid"*, *Southern Medical Journal* 1987
33.) K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston, (Hg): *Adverse Events Associated with childhood vaccines*. Evidence Bearing on Causality. Vaccine Safety Committee, Insitute of Medicine. National Academy Press Washington, D.C., 1994
34.) J. D. Pollard et al., *"Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid:Report of a case"*, *J Neurol. Science* 1978
35.) H. Coulter, B. Fisher, *Dreifachimpfung, Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, 1996
36.) W. Ehrengut, *"Impfschäden nach Pertussis-Schutzimpfung in der Bundesrepublick Deutschland (1970-1978)"*, *Pädiatr Prax* 1986
37.) W. Ehrengut, "Biases in evaluating CNS complications foolowing pertussis immunization", în U. Fukuyama et al. (Hg), *Modern perspectives of chil neurology*, The Japanese Society of ChildNeurology, 1991
38.) M. R. Griffin et al., "*Risk of seizures and encephalopathy after immunization with the Diphterai-Tetanus-Pertussis vaccine"*, *J. Am Med Asociation (JAMA) 1990*. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2308203
39.) K. Stehr et al., *"Rehabilitation der Pertussisimpfung"*, *Pädiatr Pax* 1994
40.) J. L Gale et al., *"Acute neurological illness and DTP:Report of a case –control study in Washington and Oregon"*, in C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis, Abstracts*, Bethesda , Maryland : Dpt. Health and Human Services, 1990
41.) K. R. Wentz, E. K: Macruse, *"Diphteria-tetanus-partussis vaccine and serious neurologic illness :an updated review of the epidemiologic evidence"*, *Pediatrics* 1991
42.) ASM (American Society for Microbiology): Another reason for Whooping Cough – Induced Brain Damage :Are Acellular Vaccine Safe? 106-th general Meeting of the American Society for Microbiology Mai 2006, Orlando, Florida. http://www.asm.org/Media/index.asp?bid=42799

43.) M. A. Überall, K. Stehr, J. D. Cherry, U. Heininger, S. Schmitt-Grohe, S. Laussucq, T. Eckhardt, *“Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany I infants receiving either the Ledrele/Takeda acellular pertussis component DTP (DTPa) vaccine, the Ledrele wholecell component DTP (DTP) or DT vaccine”*, The Pertussis Vaccine Study Group, *Dev Biol Stand* 1997
44.) H. L. Coulter, Review of Marie R. Griffin, *DTP study*. *Unplubished, 1990a*, zitiert bei *Neustaetter*, 1997
45.) D. W. Scheifele, *“Marked reduction in febrile seizures and hypotonic –hy-responsive episodes with acellular pertussis – based vaccines: results of Canada – wide surveillance: 1993-1998”*, 37-th Annual Meeting of the infectious Diseases Society of America; Philadelphia, Pa; 18-21.November 1999
46.) T. S. DuVernoy, M. M. Braun, *“Hypotonic – hyporensponsive episodes reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1996-1998”*, *Pediatrics* 2000
47.) Aventis Pasteur MSD:Hexavac Productmonographie 2000
48.) J. M. Murthy, *“Acute disseminated encephalomyelitis”*, *Neurol India* 2002
49.) M. Sakaguchi, T. Nakayama, S. Inouye, *“Cases of systemic immediate-type urticaria associated with acellular diphtheria-tetanus-pertussis vaccination”*, *Vaccine* 1998
50.) F., Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure et al., *“Modulation of the infant immune responses by first pertussis vaccine administrations”*, *Vaccine* 2007
51.) R. M. Bernsen, N. J. Nagelkerke, C. Thijs, J. C.:van der Wouden, *“Reported pertussis infection and risk of atopy in 8- to 12-yr-old vaccinated and nonvaccinated children”*, *Pediatr Allergy Immunol* 2008
52.) M. R.:Odent, *“Pertussis vaccination and asthma:is there a link?”*, *JAMA* 1994
53.) E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, *“Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratpry symptoms among children and adolescents in the United States”*, *J. Manipulative Physiol Therap* Feb 2000
54.) M. Farooqi et al., *“Acute neurological illness and DTP: Report of a case-control study in Washington and Oregon”*, in C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis. Abstracts*, Bethesda, Maryland:Dpt. Health and Human Services, 1990
55.) D. C. Classen, J. B. Classen, *“The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus”*, *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997, 6:449-454
56.) J. B. Classen, D. C. Classen, *”Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals”*, *J Ped Endocr. Metab 2003*.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12793601
57.) I. R.Vandebrie, E. R. Gremmera, J. P. Vermeulen, S. M. Hellwig et al., *“Lung pathology and immediate hypersensitivity in a mouse model after vaccination with pertussis vaccines and challenge with Bordetella pertussis”*, *Vaccine* 2007
58.) Pearl Kendrick, Grace Eldering, “*Progress Report on Pertussis Immunization”, Am J Public Health Nations,* 1936 Jan.
59.) Carolyn G. Shapiro-Shapin*, “Historical Review: Pearl Kendrick, Grace Eldering and the Pertussis Vaccine”*, *Emerging Infectious Diseases Journal*, August 2010. http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/8/10-0288_article.htm

60.) Harris L. Coulter. *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele.Vorwort und Anhang fűr diedeutsche Ausgabe von Dr. med. Gerhard Buchwald*, 5.Auflage, Hirthammer Verlag 2004
61.) Autoarea: mărturie despre fiica mea, referitor la complicațiile postvaccinale după DTP
62.) F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum*. Vorwort und Anhang fűr die deutsche Ausgabe von Dr.med. Gerhard Buchwald, 7.Auflage,Hirthammer Verlag 1998, Germany
63.) Autoarea: mărturie despre complicațiile postvaccinale la cei doi fii ai mei, Christian-Teofil şi Ioan-Vasile*Caz clinic: M. A.*(România): Relatare făcută de către mama copilului
64.) Mircea Maiorescu, *Tratat de Pediatrie,* vol. 5*,* Editura Medicală, Bucureşti, 1986
65.) Tinus Smits, *Das Impfschaden-Syndrom,* Narayana Verlag, 2.Auflage 2007
66.) K. H. Kummer, *Masernverlauf in einer Kinderarztpraxis*, Der Merkurstab 1992
67.) I. B. Rooth, *"Supression of plasmodium falciparum infections during measles or influenza"*, *Am J Trop Med Hyg* 1992
68.) E. Kucukosmanoglu, F. Cetinkaia, F. Akcay, F. Pekun, *"Frequency of allergic diseases foolowing measles"*, *Allergol Immunopathol* 2006;
69.) H. Rosenlund, A. Bergström, J. S. Alm, J. Swartz et al., *"Allergic diseases and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infections"*, *Pediatrics 2009*
70.) V. S. Chakravati et al., *"Measles induced remission of psoriasis"*, *Annals of Tropical Pediatrics* 1986
71.) H. Yamamoto, T. Yamano, S. Nijima, J. Kohyama, H. Yamanouchi, *"Spontaeous improvement of intractable epileptic seizures following acute viral infections"*, *Brain dev* 2004
72.) N. Kondo, O. Fukuromi, T. Ozawa, H. Agata et al., *"Improvement of food-sensitive atopic dermatitis accompanied by reduced lymphocyte responses to food antigen following natural measles virus infection"*, *Clin Exp Allergy* 1993
73.) H. Albonico et al , *"Febrile infections childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls"*, *Med hypotheses* 1998
74.) S. L. Glaser, T. H. Keegan, C. A. Clarke, M. Trinh et al., *"Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus-defined Hodkin's lymphoma in women"*, *Int J Cancer* 2005
75.) M. Montella, , L. D. Maso, A. Crispo, R. Talaminim et al., *"Do childhood diseases affect NHL and HL risk?A case – control study from northern and southern Italy"*, *Leuk Res* 2006
76.) J. Kesselring, *"Zur Pathogenese der Multiplen Sklerose"*, *Schweiz Med Wochenschrift* 1990
77.) S. O. Shaheen et al., *"Measles and atopy in Guineea-Bissau"*, *Lancet 1996*
78.) H. Flöistrup, J. Swartz, A. Bergstrom, S. J. Alm et al., *"Allergic disease and sensitization in Steiner school Children"*, *J Allergy Clin Immunol* 2006
79.) S. A. Lewis, J. R. Britton, *"Measles infection, measles vaccination and the effect of birth order in the aetiology of hay fever"*, *Clin Exp Allergy* 1998
80.) EB (*Epidemiologisches Bulletin*) 1998/11
81.) WHO (World Health Organization): Measles. Fact Sheet N. 286. Januar 2007, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html

82.) B. Damien, S. Huiss et al., *“Estimated susceptibility to asymptomatic secondary immune response against measles in late convalescent and vaccinated persons”*, *J Med Virol* 1998
83.) H. J.:Achtzehn, *“Impfschäden aus homöopathischer Sicht”*, *Homöopathische Einblicke*, 1998
84.) D. Weldon, Letter to July Gerberding , Director of the CDC, 31.10.2003 http://www.nationalautismassociation.org/pdf/Weldon.pdf
85.) O. P. Heinonen, , M. Paunio, H. Peltola, *“Total elimination of measles in Finland”*, *Ann Med* 1998
86.) STIKO: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommissionam Robert-Koch-Institut, Stand März 1997; *Deutsches Ärzteblatt* 1997
87.) C. Vandermeulen, M. Rölands, G. Leroux-Röls, P. Van Damme, K: Hoppen-Brouwers, *“Long-Term persistence of antibodies after one or two doses of MMR-vaccine”*, *Vaccine* 2007 (doi:10.1016/j.vaccine.2007.07.008 2007)
88.) CDC (Centers for Disease Control):Mumps, 2000. www.cdc.gov/nip/publication/pink/mumps.pdf
89.) M. A. Menser, J. M. Forrest, *“Maternal infections and the developing foetus”*, *Med J Aust 1973, Mar 3,* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4350773
90.) L. E. Klock und G. S. Rachelefsky, *“Failure of rubella herd immunity during an epidemic”*, *N Engl J Med 1973.*http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4681979
91.) L. Z. Cooper, P. R. Ziring, H. J. Weiss u.a., *“Transient arthritis after rubella vaccination”*, *Am J Dis Child;*1969 Aug.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5794817
92.) A. W. Kilroy, W. Scheffner, W. F. Fleet, L. B. Lebkowitz Jr., D. T. Karzon und G. M. Fenichel, *“Two Syndromes Following Rubella Immunization. Clinical Observations and Epidemiological Studies”*, 1970, *Ammed Ass;*http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=358853
93.) R. C. Gilmartin, J. T. Jabbour und D. A. Duemas, *“Rubella vaccine myeloradiculoneuritis”*, *J. Pediatr*. 1972. .http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4334176
94.) W. Spitzer,: *“The Real scandal of the MMR debate”*, in *Daily Mail* 18.12.2001 http://www.vaccinationnews.com/DailyNews/March2002?RealScandalMMR.htm
95.) H. Kawashima et al., *“Polymerase chain reaction detection of the hemaglutinin gene from an attenuated measles vaccine strain in the peripheral mononuclear cells of children with autoimmune hepatitis”*, *Arch Virol* 1996
96.) J. Bradstreet, *“Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neuro developmental disorders . Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine”*, *The National Academics of Science* , 9.2.2004. http://www.nationalautismassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf
97.) J. Fletcher, “*Safe or Sorry*?”, *Health visitor* 1996, vol. 69, No.5:200
98.) AT (Arznei – Telegramm):zur Verträglichkeit der Masernimpfung. *AT 1996*
99.) J. A., Weigl, W Puppe, O. Belke, J. Neussuset al., *“The descriptive epidemiology of severe lower respiratory tract infections in children in Kiel, Germany”*, *Klin Pädiatr 2005*
100.) C: Miller, *“Live measles vaccine: a 21 year follow up”*, *BMJ* (Clin Res Ed) 1987. http://webpages.netlink.co.nz/ias/measles.htm
101.) M. R. Geier, D. A. Geier, *“Pediatric MMR vaccination safety”*, *International Pediatrics* 2003, 18;203-208

102.) C. Miller, E. Miller, B. Rowe, C. Bowie, M., Judd, D. Walker, *"Surveillance of symptoms following MMR vaccine in children"*, *The Practitioner* 1989
103.) W. Ehrengut, *"Measles Encephalitis :Age disposition and vaccination"*, *Archiv ges Virusforschg* 1965, 16:311-316
104.) A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., *"Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination"*, *Pediatrics* 2001
105.) F. Imani, K. E Kehoe, *"Infection of human B lymphocites with MMR vaccine induces IgE class switching"*, *Clin Immunol* 2001
106.) A. B. Olesen, S. Juul, K. Thestrup-Pedersen, *"Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps and rubella or measles infection"*, *Acta Derm Venereol* 2003
107.) E. Miller, P. Wright, C. P. Farrington et al., *"Idiopathic thrombocytopenic purpura and MMR vaccine"*, *Arch Dis Child* 2001,
108.) D. A. Geier, M. R. Geier, *"A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism"*, *Med Sci Monit* 2004 Mar 1
109.) A. M. Plesner, F. J. Hansen, K. Taudorf, L. H. Nielsen, C. B. Larsen, E. Pedersen, *"Gait disturbance interpreted as cerebellar ataxia after MMR vaccination at 15 months of aige: a follow-up study"*, *Acta Paediatr* 2000
110.) ESPED (Erhebungseinheit fűr seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland)-Jahresbericht 1998. http://www.public.rz.uni-duesseldorf.de/-esped/jabe1998.htm
111.) H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., *"Detection and sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism"*, *Dig Dis Sci* 2000
112.) H. Allerdist, *"Neurological complications following measles vaccination"*, *Dev Biol Stand* 1979
113.) G. S. Marshall et al., *"Diffuse retinopathy following measles, mumps and rubella vaccination"*, *Pediatrics* 1985, 76 (6) : 989-991 ; V. L. Stevenson et al., *"Optic neuritis following measles/rubella vaccination in two 13-year-old children"*, *Br J Ophthalmol* 1996
114.) R. E. Weibel , V. Caserta, D. E. Benor, et al., *"Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program"*, *Pediatrics 1998*
115.) CDC (Centers for Disease Control):Measles , Mumps, and Rubella-Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps:Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR* 1998
116.) K. Gritz, "MMR-Impfung:Vorurteile-Fakten", *Kinderarzt* 1999 http://www.doktor-quak.de/pdf/rabe_impfinfo.pdf
117.) V. Uhlmann , C. M. Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al., *"Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease"*, *J Clin Pathol* 2002
118.) R. Sandall MMR rip? Times Online 14 December 2003. http://www.timesonline.co.uk/article/0,,100009-941849_1,00.html
119.) A. J. Wakefield et al., *"Ileal-lymphoid –nodular hyperplasia , non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children"*, *Lancet* 1998

120.) A. J. Wakefield, A. Anthony, S. H. Murch, M. Thomson et al., *"Enterocolitis in children with developmental disorders"*, *Am J Gastroenterol* 2000
121.) D. A. Geier, M. R. Geier, *"A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism"*, *Med Sci Monit* 2004, Mar.
122.) H. Takahashi, S. Suzumura, F. Shirakizawa, N. Wada et al., *"An epidemiological study on Japonese autism concerning routine childhood immunization history"*, *Jpn J Infect Dis* 2003
123.) A. M. Comi, A. W., Zimmermann, V. H. Freye, P. A.. Law, J. N. Peeden, *"Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism"*, *J Chid Neurol* 1999
124.) V. K. Singh, R. L. Jensen, *"Elevated levels of measles antibiodies in children with autism"*, *Pediatr Neurol* 2003
125.) H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., *"Detection and Sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism"*, *Dig Dis Sci* 2000
126.) V. Uhlmann, C. M. Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al., *"Potential viral pathogenetic mechanism for new variant inflammatory bowel disease"*, *J Clin Pathol* 2002
127.) R. Sandall, MMR rip? Times Online, 14.Dezember 2003. http://www.timesonline.couk/article/O,,10009-941849_1,00.html
128.) H. Kaulen, *"Masern-Mumps-Röteln-Impfung: Wie ein Impstoff zu Unrecht in Misskredit gebracht wurde"*, *Dtsch Ärztebl* 2007
129.) K. M. Madsen, A. Hviid, M. Verstergaard, D. Schendel et al., *"A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism"*, *NEJM* 2002
130.) V. Demicheli, T. Jefferson, A. Rivetti, D. Price, *"Vaccines for measles, mumps and rubella in children"*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005
131.) The Mail:Former science chief: MMR fears coming true. Mail on Sunday 22.3. 2006. http://www.mailonsunday.couk/pages/live/articles/health/healthmain.html
132.) Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. *Vortrag 2 : Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit,* Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html
133.) MMR: A mother's victory. "The vast majority of doctors say there is no link between the triple jab and autism, but could an Italian court case reignite this controversial debate?" http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html#ixzz23J2LnAf6
134.) A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., *"Alergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination"*, *Pediatrics* 2001
135.) CDC (Centers for Disease Control): Vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions. Recommandations of the Advisory Committee on Immunization Practices . *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996
136.) L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator şi locomotor,* vol. 1, Editura Medicală, Bucureşti, 1998
137.) Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinatios: Erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs conséquences*, ATRA-AG STG, janvier 1996

138.) S. A. Silfverdal, *"Protective effect of breastfeeding on invasive Haemophilus influenza infection: a case –control-study in Swedish preschool children"*, *Int J Epidemiol* 1997

139.) J. Eskola, H. Peltola, A. K Takala et al., *"Efficacy of Haemophilus influenzae type b polysaccharide-diphtheria toxoid conjugate vaccine in infancy"*,. *N Engl J Med* 1987 Sep 17; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3306379

140.) S. K. Sood, J. R. Scheiber, G. R. Siber et al., *"Postvaccination susceptibility to invasive Haemophilus influenzae type b disease in infant rats"*, *J Pediatr*, 1998 Nov;http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263486

141.) R. S. Daum, S. K. Sood, M. T. Osterholm et al., *"Decline in serum antibody to the capsule of Haemophilus influenzae type b in the immediate postimmunization period"*, *J Pediatr*. 1989 May

142.) E. E Hiner und C. E. Frasch, *"Spectrum of Disease Due to Haemophilus Influenza Type B Occurring in Vaccinated Children"*, *J Infect Disorder*, 1988 Aug.

143.) J. Ward, G. Brenneman, G. W. Letson und W. L. Hayward, *"The Alaska* H. influenzae *Vaccine Study Group. Limited efficacy of a* Haemophilus influenzae *type b conjugate vaccine in Alaska native infants"*, *N Engl J Med.*1990

144.) K. Galil, R. Singleton, O. S.. Levine et al., *"Reemergence of invasive Haemophilus influenza type b disease in a well-vaccinated population in remote Alaska"*, *J Infect Dis* 1999

145.) G. T. Rijkers, P. Vermeer-de Bondt, L. Spanjaard, M. A. Breukels, E. A. M. Sanders, *"Return of Haemophilus influenza type b infections"*, *Lancet* 2003

146.) K. Pushparajah, P. Ramnarayan, A. Maniyar, R. Paget, J. Britto, *"Continued threat of Haemophilus influenza type B disease in the U.K.", Lancet* 2003

147.) G. S. Ribeiro et al, *"Prevention of Haemophilus influenza type b (Hib) meningitis and emergence of serotype replacement with type a strains after introduction of Hib immunization in Brazil"*, *J. Infect Dis* 2003

148.) P. Bajanca, M. Canica and the Multicenter Study Group: *"Emergence of nonencapsulated non-b-type invasive Haemophilus influenza isolates in Portugal (1989-2001)"*, *J Clin Microbiol* 2004

149.) ESPED (Erhebungseinheit fűr seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland): Jahresbericht 2004. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2004.pdf

150.) J. C. Butler, *"Nature abhors a vacuum, but the public health is loving it: the sustained decease in the rate of invasive Haemophilus influenza disease"*, *Clin Infect Dis* 2006

151.) J. McVernon, C. L. Trottel, P. E., Slack, M. E. Ramsay, *"Trends in Haemophilus influenza type b infections in adults in England and Wales:surveillance study"*, *BMJ* 2004

152.) http://www.ms.gov.ro

153.) M. Ochiai, M. Kataoka, H. Toyoizumi, A. Yamamoto, *"Endotoxin content in Haemophilus influenae type b vaccine"*, *Jpn J Infect Dis* 2004

154.) CDC 1999 a:FAQs about Hib. Meningitis Foundation of America, 1997. http://www.musa.org/Hib2.htm

155.) P. E. Klass et al., *"Therapy of bacterial sepsis, meningitis and otitis media in infants and children: 1992 poll of directors of programs in pediatric infectious disease"*, *Pediatric infectiol Dis J,* 1992

156.) E. Basson et al., *"Haemophilus influenza meningitis foolowing vaccantion. Consequence or coincidence"*, *Arch Pediatr* 1996
157.) HRSA (Health Respurces and Services Administration):Vaccine Injury Table March 24, 1997. www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm
158.) F. DeStefano , D. Gu., P. Kramarz, B. I. Truman et al., *"Childhood vaccinations and risk of asthma"*, *Pediatr Infect Dis J* 2002
159.) T. M. Dokheel, *"An epidemic of childhood diabetes in the United States"*, *Diabetes Care* 1993
160.) S. Gardner et al., "Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region:time trend analysis", *BMJ* 1997
161.) D. C. Classen, J. B. Classen, *"The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus"*, *Inf Dis Clin Pract* 1997
162.) J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., *"Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children"*, *Ann NY Acad Sci* 2003
163.) N. Siegmund-Schultze, *"Diabetes mellitus typ 1: Gezielte Vorhersage"*, *D Ärzteblatt* 2007, 104, (11):a-706
164.) ESPED, Jahresbericht 2002. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2002_r.htm#hii
165.) J. B. Classen, D. C.:Classen, "Association between type 1 diabetes and Hib vaccine:causal relation is likely", *BMJ* 1999a
166.) D. C. Classen, *"Letters: Public should be told that vaccines may heva long term adverse effects"*, *BMJ*. 1999b
167.) J. B. Classen, *"Risk of vaccine-induced diabetes in children with a family history of type 1 diabetes"*, *The Open Pediatric Medicine Journal* 2008
168.) J. Strom, 1960: *"Is universal vaccination against pertussis always justified"*, *British Medical Journal* (October 22)
169.) *"Numărul de copii bolnavi de diabet s-a triplat în ultimii douăzeci de ani".* http://www.ziare.com/articole/imbolnaviri+diabet+copii
170.) *"Epidemie de diabet în douăzeci de ani":*http://www.romanialibera.ro/stil-de-viata/sanatate/epidemie-de-diabet-in-20-de-ani-188096.html
171.) Citat din Revista NVIC (National Vaccine Information Center) august 1992, Washington D.C., referitor la expunerea motivelor vaccinării sugarilor împotriva hepatitei B, de către Dr. George Peter, preşedintele AAP (Academia Americană de Pediatrie), la Conferința de Boli Infecțioase a medicilor pediatrii, din 12 iunie 1992
172.) http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=1201
173.) http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13367001/EUVAX-B-PEDIATRIC-vaccin-hepatic-B-recombinat.aspx
174.) Memo Med 2009, Ed. 15, Editura Minesan.
175.) J. Orient, Statement of the Association of American Physicians Surgeons to the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy, and Human Resources of the Committee on Government Reform U.S. House of .Representatives: Hepatitis B Vaccine. 14.6.1999
http://www.aapsonline.org/testimony/hepbcom.htm
176.) F. E. Shaw, D. J. Graham, H. A. Guess, J. B. Milstien, J. M. Johnson, G. C. Schatz, S. C. Hadler, J. N. Kuritsky, E. E. Hiner, D. J. Bregman und J. E. Maynard, 1988: *"Über-*

wachung gemeldeter negativer neurologischer Wirkungen nach Markt-Einführung des Hepatitis –B-Impfstoffs", Am J Epidemiol ;127 (2), 337-352

177.) K. R Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines :evidence bearing on causality*,National Academy Press, Washington , D.C., 1994

178.) R. K. Gherardi, *"Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome"*, *Rev Neurol* (Paris) no 159; 2003

179.) F. E. Shaw et al., *"Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination"*, *Am J Epidemiology* 1998

180.) L. Herroelen, J. De Keyser, G. Ebinger, *"Central-nervous system demyielination after immunization with recombinant hepatitis B vaccine"*, *Lancet* 1991

181.) N. Souayah, A. Nasar, M. Farred, K. Suri, et al., *"Guillain-Barre syndrome after vaccination in United States-a report from the CDC/FDA vaccine adverse event reporting system"*, *Vaccine* 22. Mai 2007

182.) A. Senejoux et al., *"Acute myelitis after immunization against hepatitis B with recombinant vaccine (letter)"*, *Gastroenterologie Clinique ey Biologique* 1996

183.) F. Trevisani, et al., *"Transverse myeilitis following hepatitis B vaccination"*, *J Hepatol* 1993

184.) L. M. Tartaglino et al., *"MR imaging in a case of postvaccination myelitis"*, *Am J Neuroradiol* 1995

185.) J. L., Renard , J. S. Guillamo, J. M. Ramirez, H. Taillia, D. Felten, Y. Buisson, *"Myelite transverse aigue cervical après vaccination contre le virus de l'hepatite B. Evolution serologique des anticorps anti-HBs"*, *Presse Med* 1999

186.) F. J. Authier, P. Che*rin, A. Creange, B. Bonnotte,* "Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis", *Brain* 2001

187.) R. Riikonen, *"The role of infection and vaccination in the genesis of optic neuritis and Multiple sclerosis in children"*, *Acta neur Scand* 1989

188.) E.J. Van de Gijn et al., *"Bilateral optic neuritis with branch retinal artery occlusion associated with vaccination", Documenta ophth* 1994

189.) IOM (Institute of Medicine): *Adverse effects associated with childhood vaccines:Evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington D.C., 1994

190.) N. Berkman et al., *"Bilateral neuro-papillitis after hepatitis B vaccination"*, *Presse Medicale* 1996

191.) S. Albitar et al., *"Bilateral retrobulbar neuritis with hepatitis B vaccination"*, *Nephrol Dial Transplant* 1997

192.) B. S. Dunbar, Rede bei der Second International Public Conference on Vaccination in Arlington , Virginia, September 2000. http://64.41.99.118/vran/vaccines/hepatitis/dunbar.htm

193.) I. Grotto et al., *"Major adverse reactions to yeast-derived hepatitis B vaccinatine-a review"*, *Vaccine* 1998

194.) M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, *"A review of hepatitis B vaccination"*, *Expert Opin Drug Saf.* 2003

195.) J. E. Pope et al., "An epidemic of rheumatoid arthritis linked to hepatitis B Vaccinations From Birth", *Pediatr Infect Dis J* 2004

196.) J. B. Classen, *"Diabetes epidemic foolows hepatitis B immunization program"*, *New Zealand Medical Journal* 1996
197.) CDC : Pharmacoepidemiology and Drug Safety 1998, 6
198.) K. Poutasi, *"Immunization and diabetes". N.Zealand Med J* 1996
199.) K. Hartmann, B. Keller-Stanislawski, "Rekombinate Hepatitis-B-Impfstoffe und Verdachtsfälle unerwűnschter Reaktionen", *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002
200.) Hans Tolzin auf Einladung des Stuttgarter Stammtisches, referierte am 1.10.09, zum Thema "Impfentscheidung".Die Schweinegrippeimpfung. http://www.youtube.com/watch?v=fz2kbIV6y9Q
201.) www.pentruviatacluj.ro
202.) Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*. EmuVerlag, 6.Auflage 2010
203.) Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund is tab und zu krank zu sein.* Bastei 1.Auflage, Februar 2010
204.) Tom Jefferson, Carlo Di Pietrantoj, *"Inactivated influenza vaccines in the elderly-are you sure?"*, *Lancet* 2007
205.) L Simonsen et al., *"Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy"*, *Lancet Infect Dis* 2007
206.) L Simonsen et al., *"Impact of Influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population"*, *Arch Intern Med 2005*
207.) C. Rizzo et al., *"Influenza-related mortality in the Italian elderly: no decline associated with increasing vaccination coverage"*, *Vaccine* 2006
208.) T. Jefferson et al., *"Assessment of the efficacy and effectiveness og influenza vaccine in healthy children:systematic review"*, *Lancet 2*005
209.) T. Jefferson et al., *"Safety of influenza vaccines in children"*, *Lancet* 2005
210.) E. K. France, R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., *"Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants"*, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006,
211.) C. Francioni, P. Rosi, A. Fioravanti, F. Megale, N. Pipitone, R. Marcalongo, *"La vaccinazione antiinfluenzale in soggetti affetti da artrite reumatoide:rispota clinica ed anticorpale"*, *Reccenti Prog Med* 1996
212.) Herald Tribune: Israeli Health Ministry halts flu vaccinethree people die. 22.Oktober 2006. http://www.iht.com/articles/ap/2006/10/22/africa/ME_GEN_Israel_Flu_Vaccines.php
213.) VACCIN GRIPAL TRIVALENT purificat inactivat, http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3010
214.) G. Thurairajan, M. W. Hope-Ross, R. D. Situnayake, P. I. Murray, *"Polyarthropathy, orbital myositis and posterior scleritis:an unusual adverse reaction to influenza vaccine"*, *Br J Rheumatol* 1997
215.) K. M. Neuzil, K. M. Edwards, *"Influenza vaccines in children"*, *Semin Pediatr Infect Dis* 2002
216.) D. P. Hobermann, J. L. Paradise, H. E. Rockette, *"Effectiveness of inactivated influenza vaccine in preventing acute otitis media in young children :a randomized controlled trial"*, *JAMA* 2003

217.) N. Yamane-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, *"Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis"*,. *Clin Nephrol* 2002
218.) C. J. Cates, T. O. Jefferson, A. I. Bara, B. H. Rowe, *"Vaccines for preventing influenza in people with athma (Cochrane Review)"*, *Cochrane Database Sust Rev* 2000
219.) C. Christy, C. A. Aligne, P. Auinger, T. Pulcino, M. Weitzman, *"Effectiveness of influenza vaccine for the prevention of asthma exacerbations"*, *Arch Dis Child* 2004
220.) T. Takahashi, N. Yamaguichi, *"Influenza vaccines"*, *N Engl J Med* 2007
221.) L. A. Stepanova, A. Linde, A. N. Naikhin, M. A. Bichurina, M. S. Paramonova, *"Specific immune response to vaccination with an inactivated flue vaccine depending on prevaccine status and age of the person vaccinated"*, *Voppr Virusol* 2000
222.) N. Yanau-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, *"Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonepyhritis*", *Clin Nephrol*2002
223.) S. Tavadia, A. Dummond, C. D. Evans, N. J. Wainwright, *"Leucocytoclastic vasculitis and influenza vaccination"*, *Dermato*l 2003
224.) M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, *"Induction of lupus autoantibodies by adjuvants"*, *.J. Autoimmun* 2003
225.) N. Nakamura, K. Nokura, T. Zettsu, H. Koga et al., *"Neurologic complications associated with influenza vaccination :two adult cases"*, *Intern Infect Dis* 2002
226.) J. K. Felix, R. H. Schwartz, G. J. Myers, *"Isolated Hypoglossal Nerve Paralysis Following Influenza Vaccination.Amer"*, *J Dis Child* 1976
227.) W. Ehrengut, H. Allerdist, *"Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung"*, *Műnchmed Wschr* 1977
228.) T. W. Furlow, *"Neuropathy after Influenza Vaccination"*, *Lancet* 1977
229.) W. Hennessen, H. Jacob, U. Quast, *"Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung"*, *Der Nervenarzt* 1978; 49
230.) A. Kawasaki, V. A. Purvin, R. Tanq, *"Bilateral anerior ischemic optic neuropathy following influenza vaccination"*, *J.Neuroophtalmol* 1998
231.) J. Bryan, G. R. Noble, *"Guillain-Barre Syndrome after administration of killed vaccines"*, Genf:Ref:IABS Symposium on Influenza Immunization, 1.6.-4.6.1977
232.) D. N. Juurlink, T. A. Stukel, J. Kwong, A. Kopp et al., *"Guillain-Barre Syndrome After Influenza Vaccination in Adults: A Population-Based Study."*, *Arch Intern Med* 2006
233.) N.. Souayah, A. Nasar, M. F. Suri, A. I., *"Qureshi, Guiiain-Barre syndrome after vaccination in United Staes. A report from the CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System"*, *Vaccine* 2007
234.) M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, *"Influenza vaccination and Guiialin-Barre syndrome"*, *Clin Immunol* 2003
235.) C.E.C. Wells, *"A neurological note on vaccination against influenza"*,*.Br Med J* 191
236.) W. Ehrengut , H. Allerdist, *"Über neurologische Komplicationen nach der Influenza-schutzimpfung"*, *Műnch med Wschr* 1977
237.) C. M. Poser, *"Neurol complications of swine influenza vaccination"*, *Acta Neurol Scand* 1982
238.) R. Bakshi, J. C. Mazziotta, *"Acute tranvesre myelitis after influenza vaccination: magnetic resonance imaging findings"*, *J Neuroimaging* 1996
239.) Evolutia bolii meningococice in teritoriul ISP Bucuresti,

www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com...task
240.) M. N. Theodoroiu, N. A. Vasilopoulou, E. E. Atsali, A. M. Pangalis, "Meninigitis registry of hospitalized cases in children:epidemiological patterns of acute bacterial meningitis troughout a 32-year period", *BMC Infect Dis* 2007
241.) EB 2003:Invasive Meningokocken-Erkrankungen im Jahr 2002
242.) AT (Arznei-Telegramm):Neue Konjugat-Impfstoffe Prevenar und Meningitec . *AT 2001*
243.) M. D. Snape, D. F. Kelly, B. Green, E. R. Moxon et al., *"Lack of serum bactericidal activity in preschool children two years after a single dose of serogroup C meningococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine"*, *Pediatr Infect Dis J 2005*
244.) V. I. Spoulou, G. Tzanaki, M. C. Theodoroiu, *"Conjugate vaccineinduced immunological priming is not protective against acute meningococcal C infection. Letter to the Editor"*, *Vaccine* 2007
245.) MMWR, Decision not to recommend routine vaccination of all children aged 2-10 years with quadrivalent meningococcal conjugate vaccine (MCV4). *MMWR* 2008
246.) G. Lawrence, I. Boyd, P. McIntyre, D. Isaas, *"Surveillance of adverse events following immunization:Australia 2002 to 2003"*, *Commun Dis Intell* 2004
247.) M.: Girard, *"Reliability of drug safety data"*, *bmj.com*4.10.2006. http://bmj.bmjjournals.com/cgi/eletters/333/7568/571
248.) L. Diggle, J. .J. Deeks, A. J. Pollard, *"Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants:randomized controlled trial"*, *BMJ* 2006
249.) DH (Department oh Health of the United Kingdom):Meningitis C vaccine. 2000. www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/keypharm.htm
250.) M. O. Py, D. Andre, *"Acute disseminated encephalomyelitis and meningococcal A and C vaccine: case report"*, *Arq Neuropsiquitatr* 1997
251.) E. M. Lambert, A. Liebling, E. Glusac, R. J. Antaya, *"Henoch-Schönlein purpura following a meningococcal vaccine"*, *Pediatrics* 2—3
252.) M. Bright, T. McVeight, *"Fresh controversy surrounding Britain's Meningitis C vaccination programme"*, *Observer* 3.9.2000
253.) A. S. Abeyagunawardena, D. Goldblatt, N. Andrews, R. S. Trompeter, *"Risk of relapse after meningococcal C conjugate vaccine in nephritic syndrome"*, *Lancet* 2003
254.) MMWR:Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease-United States, 1998-2003. *MMWR Weekly,* 16. September 2005
255.) EB 1999: Ratg Infektionskrankheiten-Frűhsommer-Meningoenzephalitis
256.) W. Bössenecker, *"Durch Zecken űbertragene Krankheiten : FSME und Lyme-Borreliose"*, *Bayr Ärzteblatt* 2007
257.) AT (Arznei-Telegramm): Prphylaxeversagen und deletäre Verläfe nach FSME-Immunglobulin. *AT 1996*
258.) G. Lesnicar, M. Poljak, K. Seme, J. Lesnicar, *"Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000"*, *Pediatr Infect Dis J* 2003
259.) C. Wittermann, U. Nicolay, A. K. Hilbert et al., *"Paediatric tick-borne encephalitis (TBE) vaccines:schedules to optimize protection"*, *Int J Med Microbiol* 2008
260.) AT (Arznei-Telegramm): 14 Monate Tico-Vac-eine Chronik, *AT* 2001
261.) http://www.youtube.com/watch?v=L1f8XTTsrpU

262.) ÄZ (Ärztezeitung):Die einzige Borreliose-Vakzine ist in den USA gescheitert-awren unerwűnschte Wirkungen die Ursache? *Ärzte –Zeitung Online*. 24.5.2002
263.) Dr. med. Dietrich Klinghardt. Bellevue, Washington, M□rz 2005*, Die Lyme-Borreliose: Ein Blick jenseits der Behandlung mit Antibiotica*.
264.) Dr. med. Eva Dimmendaal: *Borreliose. Das Selbsthilfe-Programm*, GU, Verlag GmbH, München, 2. Auflage, 2011
265.) http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie Cancerul_de_col_uterin__epidemiologie,_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.htm
266.) Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1993
267.) Christa, Todea-Gross, Ilie Moldovan, *Indrumarul medical şi creştin despre viaţă al Federaţiei Organizaţiilor Ortodoxe Pro-Vita din România,* Editura Renaşterea, Cluj-Napoca, 2008
268.) E. Kind, M. Kuhlmann, "Zervikale intraepitheliale Neoplasien",.in M. Beckmann, F. Perl, *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Basel*,* 2004
269.) GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.):Krebs in Deutschland-Häufigkeit und Trends.5.Aufl. Saarbrűcken 2006 http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2006.pdf
270.) Dr. Genoveva Tudor, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi,* Editura-Christiana, Bucureşti 2005
271.) http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm
272.) http://www.zentrum-der-gesundheit.de/ia-gebaermutterhalskrebs.html
273.) http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3734
274.) "impf-report"-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6. http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm
275.) http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium
276.) Wissenschaftlerinnen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen
277.) http://www.psychophysik.com/h-blog/?p=2795
278.) http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html*;Informationsdienst Wissenschaft,Pressemitteilung, Torsten Schaletzke, Universität Bielefeld. 26.11.2008*
279.) http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil
280.) Hans U.P. Tolzin, "*Impf-report*", nr. 46/47, Sept./Oct.2008
http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm
281.) http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium
282.) How to stop bir flu instead of the vaccine-antiviral model. Science in Society 35. 2007; "Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome", Chiroweb.com, June 12, 2000, http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730
283.) http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php şi http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility
284.) Michael Leitner: *HPV Impfung: denn sie wissen nicht was sie tun*!
http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm
285.) Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, *"Vaccination may be associated with autoimmune diseases"*, IMAj 2004; Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, *"Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity"*, 2005

286.) D. Kanduc, *"Quantifying the possible cross-reactivity risk of an HPV16 vaccine"*, *J Exp Ther Oncol.* 2009 http://www.impfschaden.info/impfen/hpv-impfung.htm
287.) http://www.impfkritik.de/pressespiegel/2012083005.htm
288.) Décision du 31 août 2010 interdisant une publicité pour un médicament mentionnée à l'article L. 5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l'exercice de leur art (NOR: SASM1020221S0). Considérant qu'ainsi ce document est contraire aux dispositions des articles L. 5122-2 susmentionnées du code de la santé publique,la publicité susvisée pour la spécialité pharmaceutique GARDASIL est interdite. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022839429&dateTexte&oldAction=rechJO&categorieLien=id
289.) http://www.hotnews.ro/stiri-ultima_ora-5405583-spania-vaccinuri-impotriva-hpv-retrase-dupa-doua-internari.htm

Capitolul 5

Ce soluții avem?

1. Refuzul tuturor vaccinurilor, începând de la naştere

Refuzul unui vaccin sau al oricărui alt tratament, preventiv sau curativ, este un drept fundamental al fiecărui cetățean român, conform legii nr. 46/2003, art. 13.: *"Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului"* (vezi "Baza legală…" din Anexă).

Potrivit Proiectului de Ordin al Ministerului Sănătății privind *aprobarea Carnetului de Vaccinări*, la art. 5, se menționează: *"La înscrierea în colectivitate, se va solicita obligatoriu prezentarea carnetului de vaccinări".* Această formulare deschide posibilitatea unei interpretări dure, în sensul restricționării accesului persoanelor în colectivități (grădiniță, şcoală, profesie etc.) în funcție de efectuarea sau nu a schemei integrale de vaccinuri prevăzute în *Carnetul de Vaccinări.* Pentru a afla în ce măsură vaccinurile sunt "obligatorii", dar şi despre carnetul de vaccinări, au fost trimise mai multe petiții de către un părinte (al cărui nume rămâne confidențial) către mai multe Direcții de Sănătate Publică (DSP) din România, inclusiv către Direcția de Sănătate Publică a Județului Ilfov, de la care răspunsul a fost cât se poate de clar: **"… schema de vaccinare este recomandată…"** (vezi Anexa). Cu alte cuvinte, ***nu este obligatorie***. Alte petiții au fost trimise către Inspectoratele Şcolare din țară. Răspunsul de la Inspectoratul Şcolar al Municipiului Bucureşti, din 12.01.2012, este următorul: *"Vă informăm că părinții au datoria la înscrierea copilului în colectivitate să prezinte dovada faptului că s-au făcut vaccinurile corespunzătoare vârstei copilului, conform Ord. MS nr.1995/1995.art. 2. În acelaşi timp,* ***în situația în care nu s-au realizat imunizările*** *profilactice, părinții vor depune la sediul unității de învățământ o declarație tip, conform Legii nr. 46/2003, privind drepturile pacienților care prevede necesitatea consimțământului informat şi exprimat în scris pentru intervențiile medicale (Art. 13), precum şi conform* ***Legii 95/2006 privind reforma sănătății, care nu prevede obligația de a fi***

vaccinat. *Articolele 374 şi 376 solicită medicului să acţioneze respectând voinţa pacientului, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul şi tratamentul cu potenţial risc”* (vezi Anexa). Interesant este faptul că unele răspunsuri au fost destul de evazive şi doar la insistenţa părintelui care a trimis petiţiile ele au fost reformulate şi retrimise în formatul actual, clar şi la subiect.

Aşadar, presiunile făcute de către Medicii de Familie sau de către Direcţiunile Instituţiilor de Stat (grădiniţe şi şcoli) asupra părinţilor nu sunt întemeiate, iar aceştia pot cere respectarea dreptului la educaţie al copiilor lor, conform legii în vigoare.

2. Un stil de viaţă sănătos al gravidei[1]

Din timpul sarcinii, femeia poate crea deja un mediu propice viitorului ei copil, astfel încât la naştere acesta să moştenească un sistem imun sănătos, capabil să învingă bolile:

- *Să evite toxicele* (ţigări, cafea, alcool).

- *Să nu se vaccineze (antitetanos, antigripal, etc.) în timpul sarcinii*, fiindcă sistemul imun al gravidei suferă mari schimbări, cea mai importantă fiind o toleranţă imunologică faţă de un ţesut străin, cum este şi cel al copilului, pentru ca acesta să nu poată fi respins şi eliminat. *Această toleranţă imunologică este foarte benefică pentru gravidă, deoarece şi alte disfuncţii ale sistemului ei imun se vor estompa acum, cu şanse mari de vindecare. Acesta este motivul pentru care o femeie care naşte mai mulţi copii îşi întăreşte sistemul imun şi nu va suferi de boli alergice, autoimune, etc*. Dar câte mame în ziua de azi nasc mai mult de 2 copii? Un vaccin în timpul sarcinii va fi periculos pentru copil. La antigenul din vaccin (virus gripal, toxina tetanică) se adaugă şi componentele neurotoxice şi alergice pentru copil (aluminiu şi mecur). Metalele grele, precum mercurul, trec prin placentă în sistemul nervos al copilului, cu riscul apariţiei autismului şi a altor boli neurologice. La gravidă vaccinul va putea provoca reacţii alergice.

- *Să nu consume antiobiotice*, *imunodeprimante* şi alte medicamente care ar putea să modifice sistemul ei imun – şi implicit pe cel al copilului. *“În societatea noastră femeile gravide şi copiii sunt cei mai sensibili şi mai expuşi la medicamente”*[2], afirmă Ehgartner.

---

[1] “Anuarul Federaţiei Organizaţiilor Ortodoxe Pro-Vita” din România, publicat în Sibiu, 2011, 29-43. http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf,

[2] Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit.Warum es gesund is tab und zu krank zu sein,* Bastei Lűbbe Verlag, 1.Auflag 2010, Februar 2010, 63-65

- *Să consume alimente naturale*, fără adaosuri chimicale sau modificate genetic.

- *Nu are nevoie de suplimente cu vitamine şi minerale, iar sarea iodată* este total contraindicată; o alimentație sănătoasă acoperă toate aceste necesități.

- Dacâ trăieşte la țară, *să nu evite* contactul cu animalele şi *să consume lapte de vacă (sau de capră) proaspăt şi nefiert*, toate acestea întărind sistemul ei imun, dar şi pe cel al copilului.

3. După naştere: recomandări pentru mamă şi copil

Mama să continuie acelaşi stil de viață sănătos din timpul sarcinii, la care se mai adaugă două condiții:

- *Să alăpteze copilul* cu orice preț, laptele matern fiind cel mai bun aliment, care oferă sugarului tot ceea ce are nevoie: substanțe nutritive, anticorpi, etc.

- *Să nu se vaccineze*. Un vaccin administrat după naştere poate readuce alergiile sau bolile alergice ale femeii de dinaintea sarcinii şi în felul acesta astmul bronşic, eczema alergică sau rinita alergică se vor manifesta din nou, ba chiar se vor putea agrava[3].

Copilul va avea mari şanse de a fi sănătos dacă vor fi îndeplinite câteva condiții importante:

- *Să simtă prezența mamei* (contactul fizic, dragostea, liniştea sufletească) în primii 3 ani de viață, primul an fiind cel mai important. Între mamă şi copil este o simbioză perfectă.

- *Să fie alăptat la sân minimum 6 luni*. În lipsa alimentației naturale, să fie hrănit cu *lapte de vacă*, proaspăt (nefiert), diluat şi îndulcit corespunzător (un medic pediatru cunoaşte concentrațiile necesare). Alergia la lapte de vacă (uneori există de la naştere, dar în majoritatea cazurilor apare după vaccinurile din primele luni) trebuie depistată din timp. În acest caz, laptele de vacă va fi înlocuit cu *lapte de capră*, proaspăt (sau acru/lapte bătut/iaurt) nefiert, până la vârsta de 2 ani. Dacă este alergic şi la laptele de capră, se consumă *lapte din soia*, preparat acasă (nu din comerț!). Nu se dă sugarului lapte praf (din lapte de vacă sau soia!), care-l alergizează şi mai mult. Eczema atopică este deseori un simptom premergător alergiei la lapte de vacă sau chiar o însoțeşte şi este deseori consecința vaccinurilor.

---

[3] *Ibidem*, 91.

- *Diversificarea alimentației* se face cu alimente naturale, preparate acasă, cu excluderea obligatorie a semipreparatelor (!) şi a oricărui aliment ce conține conservanți (produse din magazine: budinci, diverse produse lactate etc.).

- ***Să nu fie vaccinat***.

- *Dacă are febră* (iar medicul pediatru nu recomandă internarea): copilul va fi hidratat cu ceaiuri, compoturi, sucuri de fructe preparate personal, supe (în funcție de vârstă), iar febra (până la 38 grade Celsius la sugarii sub 7 luni şi 39 grade Celsius la cei peste 7 luni) *nu se va combate cu antitermice*, ci prin împachetări. Sunt indicate, de asemenea, frecții cu oțet/spirt sanitar. *Pe cât posibil, să nu se folosească medicamente antitermice, antiinflamatoare (Nurofen), antialgice (Algocalmin), Paracetamol şi nicidecum antibiotice.* Organismul se apără prin febră, care este benefică şi timp de 3 zile nu se va trata. *Prin tratarea febrei se provoacă o imunosupresie* (vezi cap.1). Apetitul revine după cele trei zile de febră şi copilul va fi din nou energic şi sănătos. Scutecele gen "pampers" nu sunt indicate în febră, căci rețin căldura. Dacă nu scade febra, este recomandată o investigare mai minuțioasă.

- *Sub vârsta de 6 luni, sugarul nevaccinat,* bine îngrijit, nu are niciun motiv să facă febră, având încă anticorpii de la mamă, iar dacă este alăptat la sân, este foarte bine protejat de infecții. Dacă totuşi apare febra, trebuie găsită cauza. *Un sugar vaccinat* face de obicei febră după fiecare vaccin, fiindcă i se induce o stare de infecție. Febra este tratată, din nefericire, în majoritatea cazurilor, cu antitermice, care provoacă imunosupresie. Aceasta, la rândul ei, va predispune la alte viroze şi infecții, care din nou vor fi tratate cu antitermice, antiinflamatorii sau chiar antibiotice. *De la naştere şi până la 6 luni un sugar în România primeşte "doar" 19 vaccinuri*. În felul acesta se formează un cerc vicios, din care copilul va ieşi cu un sistem imun bulversat, depăşit de situatie şi predispus la infecții şi boli alergice.

- *După vârsta de 6 luni, copilul nevaccinat* nu mai este apărat în totalitate de anticorpii de la mamă (scad treptat până la vârsta de 1-2 ani), dar îşi formează propriul sistem imun (vezi cap.1). Acum pot apărea infecții uşoare, cu febră, iar tratamentul trebuie să fie unul cât mai puțin agresiv şi fără antibiotice (acestea sunt ineficace în viroze şi scad imunitatea). Febra apărută din cauza erupțiilor dentare nu va fi tratată cu antitermice[4]. *"Este cunoscut faptul*

---

[4] Dr. Friedrich P. Graf, *Nicht impfen-was dann?,* sprangsrade verlag, 3 Auflage 7-2007, 119.

că erupția (ex.: pustulelele din varicelă) din cadrul bolilor contagioase ***se vindecă mult mai greu dacă administrăm antitermice****"*[5].

- Să nu trăiască într-un mediu prea "steril", ci să fie lăsat să se murdărească, pentru a-şi dezvolta o imunitate sănătoasă; contactul cu animale este benefic.

- Să fie lăsat să se joace cu alți copii, chiar cu riscul de a face boli uşoare, virale; este indicat să facă "bolile copilăriei", care îi vor întări sistemul imun, şi mai ales îl vot feri de multe alte boli cronice grave (sindrom nefrotic, boli autoimune etc.).

4. Tratamentul bolilor contagioase (după punerea unui diagnostic cert)

- Copilul va fi bine hidratat, ferit de căldură excesivă sau de frig şi curent.

- Va fi alimentat natural (la sân), iar în lipsa acestuia cu lapte proaspăt de vacă sau de capră, diluat şi îndulcit corespunzător.

- Va fi hidratat cu ceaiuri, compoturi, sucuri de fructe preparate personal şi supe mai sărate, deoarece sarea stimulează puțin setea şi este mai uşor de hidratat.

- Combaterea febrei: a fost descrisă anterior. Frecțiile se fac pe întreg corpul şi ajută la scăderea febrei, dar şi la provocarea erupției, grăbind vindecarea; în cazul rujeolei, rubeolei şi a oreionului, febra durează de obicei 3 zile, după care apare erupția, moment în care starea copilului se ameliorează şi scade febra.

- Este evitată baia.

- Este ferit de lumină puternică, zgomot, musafiri.

- Să fie ținut cât mai mult la pat (să se joace în pat).

- Vărsăturile (puține şi în cantitate mică) sunt normale la debutul bolii; trebuie rehidratat corespunzător, aşa cum am menționat anterior.

- Dacă are frați, să nu fie izolat de ei, ci dimpotrivă, este bine să facă şi ei boala, pentru a dobândi o imunitate naturală îndelungată şi astfel să-şi întărească sistemul imun. *"Se ştie că la un copil nevaccinat dezvoltarea lui este foarte bună, lipsită de boli grave, iar consultațiile la medic sunt foarte rare* [6].

- Consultație la medicul de familie sau pediatru la apariția unei complicații.

[5] B. Ehgartner, *op. cit.*, 82.

[6] *Ibidem*, 81.

Concluzii:

- *Dacă vaccinarea "obligatorie" continuă în acelaşi ritm, în curând toate generaţiile viitoare vor suferi de boli alergice*[7].

- *Un singur vaccin poate provoca una sau mai multe boli. Prin combinarea lor însă (aşa cum se întâmplă acum) se înmulţesc bolile, se intercondiţionează şi se agravează reciproc. Cu cât sunt administrate copiilor mai multe vaccinuri combinate (pentavaccin, hexavaccin), cu atât va fi mai dificilă studierea reacţiilor secundare şi a bolilor pe care le provoacă fiecare vaccin în parte.*

- *Pentru un singur copil din Uniunea Europeană, părinţii scot din buzunar sute de Euro pentru vaccinurile "obligatorii". Astfel, vaccinarea rămâne o afacere foarte rentabilă pentru Companiile de medicamente şi nu numai... şi nimeni nu are interesul s-o oprească.*

- *Părinţii sunt singurii care mai pot lua o atitudine, spre binele lor şi al urmaşilor lor.*

[7] *Ibidem*, 132.

Anexă

Cum se poate refuza vaccinarea copiilor

Nu medicii sunt cei care decid dacă sunt sau nu obligatorii vaccinurile. Ei doar le recomandă, conform legilor din România (Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății, etc.)

Efectuarea sau nu a unui vaccin este *decizia exclusivă a părinților (sau tutorelui) copilului*, iar medicul trebuie să respecte dorința lor. Totodată, medicul, este obligat să ofere explicațiile necesare părinților despre orice tip de vaccin, respectiv toate reacțiile adverse posibile, imediate sau tardive, contraindicațiile vaccinurilor etc. Vaccinurile "recomandate" sugarului şi copiilor au fost descrise în capitolul 3. *România este singura țară din UE unde se mai practică vaccinarea la naştere! Este vorba de cele două vaccinuri: BCG şi hepatitic B*.

Deoarece, în majoritatea cazurilor, părinții nu îşi cunosc drepturile şi nu ştiu că vaccinurile aşa-zise "obligatorii" pot fi refuzate, **Federația Pro-Vita**, cu ajutorul avocatului Ionuț Doru Blejuscă (Bucureşti), a întocmit **"Baza legală de refuz a vaccinurilor"**, publicată şi în ***Anuarul Federației Organizatiilor Ortodoxe Pro-Vita din Romania – 2010***[8]:

Care este baza legală pentru ca un părinte/tutore să poată refuza vaccinarea copilului său

Acest ghid are scopul de a-i sprijini pe părinții care nu doresc administrarea unuia sau altuia dintre vaccinuri copiilor lor. În ciuda obiceiului împământenit de pe vremea comunismului şi conform căruia toată lumea *trebuie* să se vaccineze, decizia familiei are prioritate absolută în fața autorităților. Afirmațiile de genul "Aşa e legea" sau "Aşa cer regulile comunității", folosite de medici sau de directorii de şcoli în sprijinul *vaccinării obligatorii*, sunt

[8] http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf, Sibiu 2011, 45-50.

lipsite de fundament şi orice părinte poate, prin cunoaşterea câtorva elemente juridice de bază, explicate mai jos, să îşi impună punctul de vedere.

Prevederi din legislația specifică

Legea nr. 46/2003 **privind drepturile pacienților** prevede clar necesitatea consimțământului informat şi exprimat în scris pentru intervențiile medicale.

"*Art. 13.* Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului".

Definiția intervenției medicale este dată la art. 1 lit. d) din aceeaşi lege astfel: "prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare", cuprinzând aşadar şi vaccinarea.

Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății nu prevede obligația de a fi vaccinat. Articolele 374 şi 376 solicită medicului să acționeze respectând *voința pacientului*, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul şi tratamentul cu *potențial risc* (nu se face însă definirea termenului). De asemenea, art. 651 prevede că actul medical se poate face în lipsa consimțământului informat *numai în situații de urgență* în care lipsa acțiunii imediate ar pune în pericol viața pacientului.

"*Art. 374* – (3) Deciziile şi hotărârile cu caracter medical vor fi luate avându-se în vedere interesul şi drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii şi deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului şi sănătatea publică".

"*Art. 376* – (1) Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-şi exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului şi dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală".

"*Art. 649.* – (1) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic şi tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moaşă, conform prevederilor alin. (2) şi (3), pacientului i se solicită acordul scris.

(2) În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moaşa sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel ştiințific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia.

(3) Informaţiile trebuie să conţină: diagnosticul, natura şi scopul tratamentului, riscurile şi consecinţele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile şi consecinţele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului”.

“*Art. 650.* – Vârsta legală pentru exprimarea consimţământului informat este de 18 ani. Minorii îşi pot exprima consimţământul în absenţa părinţilor sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

a) situaţii de urgenţă, când părinţii sau reprezentantul legal nu pot fi contactaţi, iar minorul are discernământul necesar pentru a înţelege situaţia medicală în care se află;

b) situaţii medicale legate de diagnosticul şi/sau tratamentul problemelor sexuale şi reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani”.

“*Art. 651.* – (1) Medicul curant, asistentul medical/moaşa răspund atunci când nu obţin consimţământul informat al pacientului sau al reprezentanţilor legali ai acestuia, cu excepţia cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situaţiei de urgenţă.

(2) Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moaşa pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorităţii tutelare sau pot acţiona fără acordul acesteia în situaţii de urgenţă, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea şi viaţa pacientului”.

Conform **OG nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor şi a efectuării vaccinărilor,** aprobată prin Legea nr. 649/2001,

“*Art. 1* – (1) Medicii de familie, indiferent de forma de organizare a asistenţei medicale primare în cadrul sistemului public sau privat şi indiferent de casa de asigurări sociale de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale, au obligaţia de a asigura vaccinarea corectă a copiilor şi de a raporta efectuarea acesteia direcţiei de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti.

(2) Schema de vaccinare recomandată pentru copii şi adolescenţi este prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezenta ordonanţă şi în Programul naţional de imunizări aprobat prin ordin al ministrului Sănătăţii şi Familiei”.

Din analiza acestui text de lege rezultă clar că vaccinarea nu este obligatorie, **pentru că se foloseşte termenul “recomandată”. Pentru medicii de familie există obligaţia profesională să vaccineze *corect* şi să**

raporteze anumite boli, ca şi situația vaccinărilor (se ține un caiet unic de vaccinare pe persoană şi medicul de familie face asemenea raportări), dar de aici nu rezultă nicidecum vreo obligație pentru părinți/copii de a se supune vaccinării.

Concluzii

• Orice pacient are dreptul de a refuza un tratament sau o procedură medicală, inclusiv vaccinarea.

• Orice tratament sau procedură medicală, inclusiv vaccinarea, se pot acorda unui copil *numai* după ce s-a obținut consimțământul părintelui/tutorelui, cu excepția situațiilor de urgență.

• Orice campanie de vaccinare presupune existența unui ordin prealabil al Ministrului Sănătății, aşadar – pentru cazuri extreme, cum a fost cel al vaccinului anti-HPV – un act administrativ anulabil în instanță (prin procedura de contencios).

Alte prevederi legale utile

Constituția României

"*Art. 22* – (1) Dreptul la viață, precum şi dreptul la integritate fizică şi psihică ale persoanei sunt garantate".

"*Art. 23* – (1) Libertatea individuală şi siguranța persoanei sunt inviolabile".

"*Art. 26* – (1) Autoritățile publice respectă şi ocrotesc viața intimă, familială şi privată".

"*Art. 31* – (1) Dreptul persoanei de a avea acces la orice informație de interes public nu poate fi îngrădit.

(2) Autoritățile publice, potrivit competențelor ce le revin, sunt obligate să asigure informarea corectă a cetățenilor asupra treburilor publice şi asupra problemelor de interes personal".

Legea nr. 279/2009 – Codul Civil

"*Art. 61* – (1) Viața, sănătatea şi integritatea fizică şi psihică a oricărei persoane sunt garantate şi ocrotite în mod egal de lege.

(2) Interesul şi binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al ştiinței".

"*Art. 64* – (1) Corpul uman este inviolabil".

"*Art. 67* – Nicio persoană nu poate fi supusă experiențelor, testelor, prelevărilor, tratamentelor sau altor intervenții în scop terapeutic ori în scop de

cercetare ştiinţifică, decât în cazurile şi în condiţiile expres şi limitativ prevăzute de lege”.

Alte argumente

Că acordul părinţilor pentru vaccinarea copiilor este important se subliniază şi în articolul “Particularităţi şi dileme etice ale consimţământului informat în oncologia pediatrică”, publicat de *Revista Română de Bioetică*[9].

“Academia Americană de Pediatrie (AAP) a argumentat că «întreaga doctrină» a consimţământului informat prezintă o aplicabilitate particulară în pediatrie. În consecinţă, conform AAP, consimţământul poate fi acordat numai de către pacientul «cu capacitate adecvată de decizie şi cu împuternicire legală».

Părinţii (sau alţi aparţinători legali) pot acorda consimţământul informat, iar copilului i se solicită să-şi dea acordul informat ori de câte ori este nevoie. AAP notează că acordul solicitat are relevanţă mai mare când «intervenţia propusă nu este esenţială pentru viaţa copilului şi/sau poate fi practicată fără un risc substanţial»”.

Acest articol citează şi din norme ale bioeticii din care nu toate au o valoare juridică explicită. Totuşi, principiul este acelaşi: minorul nu-şi poate da singur consimţământul la tratament, *reprezentantul legal* fiind cel chemat să şi-l dea *în numele copilului*.

Ce trebuie să facă un părinte/tutore care nu doreşte să-i fie vaccinat copilul

Părinţii pot completa modelul de **declaraţie** anexat (vezi ultima pagină), pe care să îl depună la secretariatul instituţiei, insistând pentru o confirmare a primirii acestuia (un număr de înregistrare). Aceasta ar trebui să fie de ajuns.

Dacă metoda de mai sus nu dă roade, părinţii pot încerca următoarele:

• Să comunice medicilor şi directorului unităţii că nerespectarea voinţei lor va duce la un proces civil, respectiv la o plângere penală sau/şi la Colegiul Medicilor, după caz.

• Toate campaniile de vaccinare trebuie să aibă o procedură de aplicare stabilită printr-un ordin prealabil al Ministrului Sănătăţii. (De exemplu, campania din anul 2010 pentru vaccinare contra gripei cu vaccinul “Cantgrip” s-a realizat conform OMS nr. 3280/24.02.2010.). Părinţii să ceară unităţii de învăţământ o copie a ordinului respectiv, pentru a o studia.

[9] http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=10485&node=1275

• Să ceară de la DSP (Direcția de Sănătate Publică) locală o adresă din care să rezulte că vaccinarea nu este obligatorie şi să i-o arate medicului sau directorului.

În cazul extrem când **copilul nu este acceptat la înscrierea la şcoală/grădiniță/creşă pe motiv că nu este vaccinat**, părintele/tutorele poate:

• Să solicite conducerii unității decizia scrisă, însoțită de motivarea în fapt şi de temeiurile legale.

• Să se adreseze unui cabinet de avocatură pentru consiliere sau servicii de reprezentare[10].

• Să se adreseze cu plângere Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării, pe motiv că se încalcă dreptul la educație al copilului.

Părinții pot declara pe propria lor răspundere că nu sunt de acord cu administrarea vaccinurilor.

Refuzul expres al părintelui, exprimat în scris, este un drept conferit în baza următoarelor legi:

• Art. 22, 23, 26, 34 din Constituția României

• Art. 61, 64 şi 67 din Legea nr. 279/2009 – Codul Civil

• Art. 13 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului

• Art. 374(3), 376(1) şi 649(1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății.

În spiritul respectării legislației din domeniu, personalului medical îi este opozabilă îndeplinirea – în caz contrar cu riscul sancțiunilor – a prevederilor Legii nr. 649/2001 pentru aprobarea Ordonanței de Guvern nr. 53/2000 (art.1 alin.1, privind obligația asigurării vaccinării corecte a copiilor), inclusiv cu *informarea părinților asupra caracterului **non-obligatoriu** al acestor vaccinuri*, conform Anexei aceluiaşi act normativ (privind schema de vaccinare *recomandată* pentru copii). (Sursa: http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf)[11]

Legislația în materie de vaccinuri din alte țări ale Uniunii Europene

În Germania nu este obligatoriu niciun vaccin, din 1982[12],[13], conform IFSG (*Infektionsschutzgesetz*: Legea pentru prevenirea Bolilor Infecțioase).

[10] În Bucureşti se poate apela la CA "Blejuscă Ionut Doru", tel. 0766 210 968, email ionut.blejusca@gmail.com

[11] http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf

[12] Dr. Hubertus Glaser, http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten/impfungen/impfen-ja-oder-nein/467-gibt-es-in-deutschland-eine-impfpflicht.html

[13] http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impf-system-in-deutschland/

Sunt recomandate sugarilor şi copiilor vaccinurile: DTP, Hib, antipolio, hepatitic B, antivaricelic, antipneumococic şi antimeningococic[14]. Sugarii nu sunt vaccinați la naştere. Doar în cazuri de risc înalt se recomandă vaccinul hepatitic B la naştere.

În Olanda nu este obligatoriu niciun vaccin, iar vaccinurile recomandate sugarilor şi copiilor mici sunt: antipolio, Hib, DTP, hepatitic B şi MMR (ROR). Nu intră în schemă vaccinul BCG, iar la naştere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin[15].

În Luxemburg nu este obligatoriu niciun vaccin. Sunt recomandate copiilor vaccinurile DTP, antipolio, ROR, Hib şi hepatitic B, la copii. Vaccinul BCG nu intră în schemă, iar la naştere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin[16].

În Spania nu este obligatoriu niciun vaccin, iar cele recomandate copiilor sunt: DTP, antipolio (VPI), Hib, hepatitic B, MMR (ROR) şi antimeningococic C. Nu intră în schemă vaccinul BCG, iar la naştere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin[17].

În Anglia nu este obligatoriu niciun vaccin, iar cele recomandate copiilor sunt vaccinurile DTP, antipolio, Hib, ROR şi antimeningococic C. Vaccinul BCG este recomandat la vârsta de 10-14 ani şi doar în cazuri de risc înalt, la naştere[18].

În Franța vaccinurile DT, antipolio (VPI) şi BCG (la vârsta de 6 ani) sunt obligatorii la copii pentru a putea frecventa şcoala[19]. Sunt recomandate copiilor vaccinurile Hib, hepatitic B, MMR (ROR), antipneumococic[20]. Nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin la naştere**.**

În Belgia este obligatoriu vaccinul antipolio (VPI) la copii, pentru a frecventa şcoala. Vaccinurile recomandate copiilor sunt: DTP, Hib, antipolio (VPI), hepatitic B, MMR (ROR), antipneumococic şi antimeningococic[21]. Vaccinul BCG nu intră în schemă şi nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin la naştere[22].

---

[14] http://www.impfkritik.de/efvv/bericht/Deutsch.pdf
[15] *ibidem*
[16] *Ibidem*.
[17] *Ibidem*.
[18] *Ibidem*.
[19] *Ibidem*.
[20] *Ibidem*.
[21] *Ibidem*.
[22] *Ibidem*.

În Italia, sunt obligatorii vaccinurile antipolio (VPI), tetanic, difteric şi hepatitic B, la copii, începând cu vârsta de 3 luni, dar, conform unei Circulare Ministeriale din 24.09.1998, este permisă înscrierea în şcoli şi a copiilor nevaccinaţi[23]. Cu alte cuvinte, nu sunt obligatorii. La naştere nu se efectuează niciun vaccin.

În Austria: nu este obligatoriu niciun vaccin[24].

În Elveţia: nu este obligatoriu niciun vaccin[25].

În concluzie, România este singura ţară din UE unde sugarul este vaccinat la naştere!

Legislaţia în materie de vaccinuri din Statele Unite ale Americii

o vaccinare obligatorie la copii nu mai există în SUA din timpul primului război mondial[26].

Alta este situaţia când copiii trebuie să fie înscrişi la grădiniţele şi şcolile de stat. Conform legii *"No vaccination, no school"*, ei trebuie să prezinte dovada tuturor vaccinurilor "recomandate". Astăzi, 48 din cele 50 de state din SUA au legi care permit părinţilor scutirea copiilor de la vaccinurile recomandate, pe motive religioase sau convingeri personale, excepţie făcând Mississippi şi Virginia de Vest[27]. Toate statele permit, de asemenea, scutiri din motive medicale: copii cu un sistem imun slăbit sau alergie la una din componentele vaccinului etc.[28].

Pentru copiii educaţi la domiciliu (*home-school*) nu se impune această lege, excepţie făcând doar Carolina de Nord, din 2010[29].

---

[23] *Ibidem*.

[24] Dr. Hubertus Glaser, http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten/impfungen/impfen-ja-oder-nein/467-gibt-es-in-deutschland-eine-impfpflicht.html

[25] *Ibidem*.

[26] Vaccine Exemptions. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health – Institute for Vaccine Safety, 2008. Accessed June 14, 2010, at http://www.vaccinesafety.edu/cc-ecem.htm

[27] The 21 states that allow exemptions for philosophical reasons in school and daycare are: Arkansas, Arizona, California, Colorado, Idaho, Louisiana, Maine, Michigan, Minnesota, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas, Utah, Vermont, Washington, and Wisconsin

[28] National Network for Immunization Information: http://www.immunizationinfo.org

[29] The 21 states that allow exemptions for philosophical reasons in school and daycare are: Arkansas, Arizona, California, Colorado, Idaho, Louisiana, Maine, Michigan, Minnesota, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas, Utah, Vermont, Washington, and Wisconsin

Model de petiție către DSP

Domnule Director,

Subsemnatul, ... vă rog să-mi transmiteți în scris dacă vaccinurile prevăzute în Programul Național de Vaccinare din România sunt cu **caracter obligatoriu sau doar recomandate**. **Vă rog să argumentați răspunsul** cu articolele de lege corespunzătoare.

Fax: ……………

Mail: ……………….

Adresa poştală ……………………………

Va mulțumesc

Conform Ordonanței 27 din 30 ianuarie 2002, privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor publicată în *Monitorul Oficial* nr. 84, din 1 februarie 2002:

Art. 2

În sensul prezentei Ordonanțe, prin petiție se înțelege cererea, reclamația, sesizarea sau propunerea **formulată în scris ori prin poşta electronică**, pe care un cetățean sau o organizație legal constituită o poate adresa autorităților şi instituțiilor publice centrale şi locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor şi ale celorlalte organe centrale, companiilor şi societăților naționale, societăților comerciale de interes județean sau local, precum şi regiilor autonome, denumite în continuare autorități şi instituții publice.

Art. 6

(1) Autoritățile şi instituțiile publice prevăzute la art. 2 **sunt obligate** să organizeze un compartiment distinct pentru relații cu publicul, care **să primească, să înregistreze, să se îngrijească de rezolvarea petițiilor şi să expedieze răspunsurile către petiționari.**

Art. 61

Petițiile greşit îndreptate vor fi trimise în termen de 5 zile de la înregistrare de către compartimentul prevăzut la art. 6 alin. (1) autorităților sau instituțiilor publice care au ca atribuții rezolvarea problemelor sesizate, urmând ca petiționarul să fie înştiintat despre aceasta.

Domnului Director al Direcției de Sănătate Publică



MINISTERUL SANATATII

DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDETEANA-CONSTANȚA
Compartimentul de Supraveghere Epidemiologica /Control a Bolilor Transmisibile

CONSTANTA, Strada Nicolae Iorga 89, Tel: 0241 / 481630, Fax : 0241/ 481642
Nr R-14344 / 07.11.2011 din 14.11.2011

CATRE DOMNUL

Ca raspuns la solicitarea dumneavoastra din petitia cu nr. 14344/07.11.2011, prin care ne solicitati sa precizam in scris daca vaccinurile prevazute in Programul National de Vaccinare din Romania sunt obligatorii sau doar recomandate, va facem cunoscute reglementarile legale in acest sens:

1) conform Legii 95 din 14 aprilie 2006 care reglementeaza domeniului sanatatii publice, **vaccinarile din Programul național de imunizări intra in pachetul minimal de servicii, care se acorda gratuit indiferent de calitatea de asigurat/neasugurat:**

"pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calităţii de asigurat şi cuprinde servicii medicale numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale şi al bolilor cu potenţial endemo-epidemic, inclusiv cele prevăzute în Programul naţional de imunizări, monitorizarea evoluţiei sarcinii şi a lăuzei, servicii de planificare familială, stabilite prin contractul-cadru"

si contravaloarea acestor serviii se suporta , conform Articolului 223 din aceasta lege, din fondul asigurarilor de sanatate:

"ART. 223

(2) Serviciile medicale profilactice suportate din fond sunt următoarele:

a) monitorizarea evoluţiei sarcinii şi a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;

b) urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a sugarului şi a copilului;

c) controalele periodice pentru depistarea bolilor care pot avea consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;

d) servicii medicale din cadrul Programului naţional de imunizări;"

2) conform Ordinului MS nr. 1147 din 8 iulie 2011 privind aprobarea modelului Carnetului de vaccinări, **la inscrierea intr-o colectivitate este obligatorie prezentarea carnetului de vaccinari**

ART. 5 La înscrierea în colectivitate se va solicita obligatoriu prezentarea carnetului de vaccinări.

ART. 6 Vaccinările vor fi programate de către medicul de familie, conform calendarului de imunizări din România.



DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA IASI
Str. VASILE CONTA no. 2-4
Tel. 0232/271687, fax.nr. 0232/ 241963
-e-mail: dsp99@ dspiasi.ro, www: dspiasi.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 11 730

Nr. 12048 din 16.11.2011

CATRE

DOMNUL

Referitor la petitia adresata institutiei noastre privind obligativitatea efectuarii vaccinurilor va precizam urmatoarele:

Vaccinul reprezinta modalitatea de imunizare a organismului uman contra afectiunilor de natura infectioasa si este cea mai buna metoda, la ora actuala, de prevenire a unei boli.

In conformitate cu prevederile cuprinse in art. 649 si urmatoarele din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii aveti dreptul de a fi informat cu privire la metodele de preventie , diagnostic si tratament cu potential de risc pentru pacient .

In acest sens, pacientul are dreptul , conform prevederilor cuprinse in Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala (orice examinare, tratament sau alt act medical in scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare) , asumandu-si in scris raspunderea pentru decizia sa.

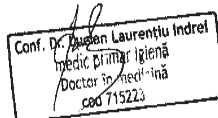
Consecintele refuzului actelor medicale trebuie explicate de catre personalul implicat in actul medical.

Prin urmare, optiunea dumneavoastra in legatura cu vaccinarea va fi adusa la cunostinta medicului curant din unitatea medicala careia va adresati .



Director Executiv
Dr. Vasile Cepoi

Director Adjunct Sanatate Publica
Conf. Dr. Indrei Lucian



1



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Directia de Sănătate Publică Timiş
DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
RO 300024 Timişoara, B-dul V. Babes nr.18
Tel: 0256-272750, fax: 0256-272743
e-mail: director_sp@dsptimis.ro

Nr. 2492 din 16.11.2011

Catre,

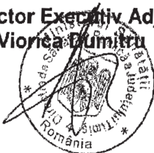
Dl.

FAX: 0332815898
Mail: sevenxmc@yahoo.com

Urmare a adresei Dvs. inregistrata la DSP Timis –Departamentul de Sanatate Publica cu nr. 2492/ 07.11.2011, va comunicam urmatoarele:

- **Ord MS nr.1591/30.12.2010, stabileste vaccinarile cuprinse in programul national de imunizari si calendarul de administrare al acestora.**
- **In Romania copiii beneficiaza in mod gratuit de vaccinarile cuprinse in calendarul national de imunizari si sunt administrate prin intermediul medicului de familie sau maternitati.**
- **Obiectivul principal al acestor imunizari il constituie protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare.**
- **Parintii au dreptul sa refuze administrarea vaccinurilor pentru copiii lor, dar in acelasi timp au datoria morala sa-i protejeze impotriva imbolnavirilor prin boli contagioase, a caror evolutie poate de multe ori sa duca spre complicatii si sechele pentru toata viata. In acelasi context copilul nevaccinat care face o boala infectocontagioasa care putea fi prevenita prin vaccinare, constituie un risc major de imbolnavire in colectivitati pentru copiii care au fost contraindicati temporar la vaccinare sau care inca nu au implinit varsta de administrare a acestora.**

Director Executiv Adj. SP
Dr. Viorica Dumitru



Medic Sef. SCBT
Dr. Melania Arion

THU, 05-APR-00 2:06 DSP ILFOV 2243953 P.01



MINISTERUL SANATATII
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV



Str. Av. Popisteanu nr.46, sect. 1, Bucuresti Tel. 224.45.96 /fax.224.20.61 e-mail: ilfovdsp@yahoo.com

Nr. 4761 / 15.11.2011

Catre,

Urmare a petitiei dvs. inregistrata la Directia de Sanatate Publica Ilfov cu nr. 4761 / 11.11.2011, va comunicam urmatoarele :

- conform Ordonantei nr. 53 / 2000, art. 1, aliniatul 2, schema de vaccinare ***recomandata*** pentru copii si adolescenti este prevazuta in anexa care face parte din aceasta Ordonanta si in Programul National de Imunizari, aprobat prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1591 / 1110 / 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate pentru anii 2011 si 2012 ; ***obiectivul Programului National de Imunizari este acela de a proteja sanatatea populatiei impotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare***
- conform Legii nr. 649 / 2001, art. 1, aliniatul 1, medicii de familie, indiferent de forma de organizare a asistentei medicale primare in cadrul sistemului public sau privat si indiferent de casa de asigurari sociale de sanatate cu care au incheiat contract de furnizare de servicii medicale, au obligatia de a asigura vaccinarea corecta a copiilor si de a raporta efectuarea acesteia directiilor de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti.

DIRECTOR EXECUTIV
DR. DANUT CRACIUN



DSP IASI FAX NO. :0232234972 17 Nov. 2011 09:26 P1



DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA IASI
Str. VASILE CONTA no. 2-4
Tel. 0232/271687, fax.nr. 0232/ 241963
-e-mail: dsp99@ dspiasi.ro, www: dspiasi.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 11 730

Nr. 12048 din 16.11.2011

CATRE

DOMNUL.

Referitor la petitia adresata institutiei noastre privind obligativitatea efectuarii vaccinurilor va precizam urmatoarele:

Vaccinul reprezinta modalitatea de imunizare a organismului uman contra afectiunilor de natura infectioasa si este cea mai buna metoda, la ora actuala, de prevenire a unei boli.

In conformitate cu prevederile cuprinse in art. 649 si urmatoarele din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii aveti dreptul de a fi informat cu privire la metodele de preventie , diagnostic si tratament cu potential de risc pentru pacient .

In acest sens, pacientul are dreptul , conform prevederilor cuprinse in Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala (orice examinare, tratament sau alt act medical in scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare) , asumandu-si in scris raspunderea pentru decizia sa.

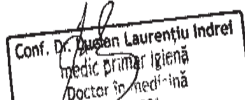
Consecintele refuzului actelor medicale trebuie explicate de catre personalul implicat in actul medical.

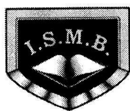
Prin urmare, optiunea dumneavoastra in legatura cu vaccinarea va fi adusa la cunostinta medicului curant din unitatea medicala careia va adresati .



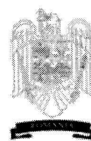
Director Executiv
Dr. Vasile Cepoi

Director Adjunct Sanatate Publica
Conf. Dr. Indrei Lucian





INSPECTORATUL ŞCOLAR AL MUNICIPIULUI BUCUREŞTI



MINISTERUL EDUCAŢIEI CERCETĂRII TINERETULUI ŞI SPORTULUI

Nr.înreg:20507/12.12.2011

CĂTRE,

Domnul

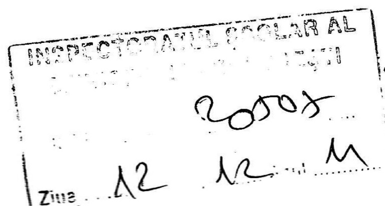
În urma adresei dumneavoastră înregistrată la Inspectoratul Şcolar al Municipiului Bucureşti cu numărul 20507/12.12.2011, vă informăm că părinţii au datoria la înscrierea copilului în colectivitate să prezinte dovada faptului că s-au făcut vaccinările corespunzătoare vârstei copilului, conform Ord.MSnr.1995/1995, art.2.

În acelaşi timp , în situaţia în care nu s-au realizat imunizările profilactice , părinţii vor depune la sediul unităţii de învăţământ o declaraţie tip, conform Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacienţilor - care prevede necesitatea consimţământului informat şi exprimat în scris pentru intervenţiile medicale: *"Art. 13. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenţie medicală asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecinţele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului."precum* ***şi*** Legii nr. 95/2006 privind reforma sănătăţii - care nu prevede obligaţia de a fi vaccinat. *Articolele 374 şi 376 solicită medicului să acţioneze respectând voinţa pacientului, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul şi tratamentul cu potenţial risc.*



INSPECTOR ŞCOLAR GENERAL,
CRISTIAN ALEXANDRESCU

INSPECTOR PENTRU ÎNVĂŢĂMÂNT PREPRIMAR,
CRISTINA BELDIANU



Domnule Inspector,

Subsemnatul, , va multumesc pentru raspunsul acordat cererii inregistrate cu numarul 19207/07.11.2011, insa **va rog sa-l clarificati intrucat este contradictoriu.** Mi-ati argumentat cu 3 legi : OG 53/2000 in care este folosita notinunea de "**vaccinarea recomandata**". Apoi Ordinul MS 11995/1995 art2 : ...se vor primi numai copii care atesta **efectuarea imunizarilor profilactie obligatorii**. Si de asemeni Ordinul MS 1147/2011 : "La inscrierea in colectivitate se va solicita obligatoriu **prezentarea carnetului de vaccinari**".

Nu exista notiunea de vaccinare obligatorie ci doar recomandata. La inscriere trebuie adusa dovada efectuarii vaccinurilor obligatorii...cum acestea nu exista rezulta ca orice copil din Romania are vaccinurile obligatorii facute in numar de 0 (zero). Al treilea argument : prezentarea carnetului de vaccinari nu implica si efectuarea vaccinarilor..acest carnet se elibereaza in maternitate insa poate fi gol.

Prin urmare raspunsul dumneavoastra cum ca : "parintii sunt obligati sa prezinte dovada faptului ca s-au facut imunizarile profilactice obligatrorii corespunzatoare varstei copilului" isi piere consisetnta intrucat nu este definita nicaieri notiunea de **imunizare profilactica obligatorie.**

Va atasez si raspunsul dumneavoastra.

Va rog sa clarificati raspunsul acordat.

Nume:

Va multumesc si va rog sa-mi transmiteti **un numar de inregistrare** pentru aceasta cerere.

Conform Ordonanta 27 din 30 ianuarie 2002, privind reglementarea activitatii de solutionare apetitiilor Publicat in Monitorul Oficial nr. 84 din 1 februarie 2002

Art. 2 In sensul prezentei ordonante, prin petitie se intelege cererea, reclamatia, sesizarea sau propunerea **formulata in scris ori prin posta electronica**, pe care un cetatean sau o organizatie legal constituita o poate adresa autoritatilor si institutiilor publice centrale si locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor si ale celorlalte organe centrale, companiilor si societatilor nationale, societatilor comerciale de interes judetean sau local, precum si regiilor autonome, denumite in continuare autoritati si institutii publice.

Art. 61. Petitiile gresit indreptate vor fi trimise in termen de 5 zile de la inregistrare de catre compartimentul prevazut la art. 6 alin. (1) autoritatilor sau institutiilor publice care au ca atributii rezolvarea problemelor sesizate, urmand ca petitionarul sa fie instiintat despre aceasta.

Art. 6 (1) Autoritatile si institutiile publice prevazute la art. 2 **sunt obligate** sa organizeze un compartiment distinct pentru relatii cu publicul, care sa primeasca, **sa inregistreze, sa se ingrijeasca de rezolvarea petitiilor si sa expedieze raspunsurile catre petitionari.**

Domnului Inspector Scolar General al Inspectoratului Scolar al Municipiului Bucuresti

Cu stima,

Data
07 Decembrie 2011

Cuprins